

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie Bussière.

MM
Co

GAB
E
VAC
LICH

SÉN.

SZEN

K
T. H

S
SÉ

R

LETU
NIM
COY
DUD

ANNALES
DES MALADIES
DE L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIÈRE

PUBLIÉES PAR

A. GOUGUENHEIM ET M. LERMOYEZ

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec la collaboration de

MM. les D^{rs} AYSAGUER, BONNIER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, C. CHAUVEAU, COURTADE, CUVILLIER, EGGER, GELLÉ, GLOVER, LAURENS, LÖWENBERG, LOMBARD, MAHU, A. MARTIN, J. B. MARTY, MOUNIER, F. SUAREZ DE MENDOZA
LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon,
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, COLLET, agrégé de la Faculté de Lyon
ETIÉVANT, chef de clinique à la Faculté de Lyon, PIAGET (Grenoble)
VACHER (Orléans), COUETOUX, TEXIER (Nantes), RIPAUT (Dijon), LEMARIEY (Rouen),
LICHTWITZ (Bordeaux), GRINER, LENHARDT (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans),
BAR (Nice), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne-sur-Mer),
SÉNAC-LAGRANGE (Cauterets), CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS (Liège),
DE PONTIÈRE (Charleroi), P. KOCH (Luxembourg et Nancy),
SZENES, NEUMAN (Budapest), RUTTEN (Namur), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER,
CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER,
KIRSTEIN (Berlin), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscou), T. HERYNG,
T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE, ST-CLAIR THOMSON (Londres),
LABUS (Milan), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples),
FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANNO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL,
SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELAN (New-York),
SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney)

Et avec le concours de

MM. les Professeurs DUPLAY, TILLAX, TERRIER et BERGER,
D^{rs} PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT,
RECLUS, BROCA, PICQUÉ et GUINARD, chirurgiens des hôpitaux de Paris,
Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST,
D^{rs} DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUGHARD,
LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH,
LETULLE, CHAUFFARD, NETTER, LAUNOIS et LE NOIR, méd. des hôpitaux de Paris,
NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon,
COYNE et MASSE, professeurs à la Faculté de Bordeaux, D^{rs} LEVAL, HISCHEMANN,
R. LEUDET, PLICQUE, P. TISSIER, REBLAUB, HÉLARY, RÉGNIER,
DUDEFOY, GASTOU, MICHEL DANSAC et M^{me} NAGEOTTE, ex-internes des hôp. de Paris,
CABOCHE, DRUAULT, intern. des hôp. de Paris.

TOME XXVI — 1900

PREMIÈRE PARTIE

PARIS
MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1900

100

ANNALES
DES MALADIES DE
L'OREILLE, DU LARYNX
DU NEZ ET DU PHARYNX

LE JUBILÉ DES ANNALES

Nous ne voulons pas laisser s'ouvrir l'année 1900, la première du siècle, sans adresser nos plus chaleureux remerciements aux collaborateurs qui ont apporté leur contribution à la célébration des Noces d'Argent des *Annales*. A tous nous disons merci. Nous pouvons nous enorgueillir d'avoir, les premiers en France, offert aux spécialistes la facilité de publier leurs travaux dans un recueil rivalisant avec les revues étrangères.

Depuis leur fondation, les *Annales* ont plus que doublé d'étendue; paraissant au début tous les deux mois en petits fascicules, elles forment actuellement un gros volume mensuel qui suffit à peine à contenir les mémoires originaux et les comptes rendus que nous jugeons indispensable de fournir à nos lecteurs. Etant donné la marche toujours ascendante de la science oto-rhino-laryngologique, il est probable qu'au xx^e siècle, nous devons augmenter encore le cadre de notre journal; la partie médicale qui le remplissait au début, est actuellement débordée par le côté chirurgical.

Nous avons recueilli de tous côtés des marques de bienveillance et nous regrettons sincèrement de n'avoir pas reçu à temps les articles de plusieurs de nos amis de la première heure qui nous avaient fait des promesses, mais se sont trouvés empêchés de les tenir.

Le Prof. Stoerk avait été fort empressé à nous donner son acquiescement et nous déplorons vivement que sa santé chancelante ait privé notre recueil d'un des derniers travaux que le Maître Viennois aurait signés.

Plusieurs confrères qui nous avaient assuré leur participation au Jubilé nous ont prié d'excuser leur retard en nous annonçant leur contribution ultérieure ; nous prenons acte de leur bienveillant engagement et serons heureux de publier au cours de cette année les mémoires qu'ils voudront bien nous envoyer.

A l'occasion de l'Exposition Universelle, le XIII^e Congrès International de Médecine tiendra ses assises à Paris du 2 au 9 août. Nous avons bon espoir que les sections spéciales d'oto-rhino-laryngologie y figureront en digne place et que le début du nouveau siècle marquera une étape dans les progrès de notre science. Nous avons la conviction que nos confrères étrangers répondront nombreux à notre appel et nous nous plaisons à croire qu'ils peuvent être assurés d'une cordiale et sympathique hospitalité.

Peut-être le xx^e siècle verra-t-il naître une ère rénovatrice pour la médecine, comparable à celle qu'ont illustrée les doctrines Pastoriennes ; nous nous ferons une gloire de conserver notre rang à l'avant-garde du progrès et de tenir nos lecteurs au courant de toutes les choses nouvelles apparues tant en France qu'à l'étranger.

On peut juger de la situation considérable qu'occupe maintenant l'oto-rhino-laryngologie par le nombre de Sociétés qui se sont fondées durant ces dernières années en Amérique, en Autriche, en Allemagne en Belgique, en Hollande, en Italie, en Espagne. Aucune de ces réunions savantes ne saurait faire d'effort improductif, toutes apportent leur pierre à l'édifice de la science. Il en résulte un échange d'idées dont ceux qui prennent part aux discussions tireront toujours le plus grand profit.

Autrefois, lors des Congrès internationaux l'oto-rhino-laryngologie ne formait qu'une seule section, mais depuis 1894 (Congrès de Rome) on a décidé de scinder nos spécialités en deux sections : 1^o otologie ; 2^o rhino-laryngologie.

C'est encore sous cette forme que fonctionneront nos séances l'été prochain.

Nous prions nos lecteurs d'excuser le retard apporté à la publication des analyses des travaux nationaux et étrangers au cours de l'année 1899 ; nous comptons ne pas prolonger le Jubilé du journal au-delà de la première moitié de l'année, mais les articles originaux nous sont arrivés en si grand nombre que nous avons dû reculer l'insertion des comptes rendus qui paraîtront au fur et à mesure au commencement de 1900.

Encore merci à tous nos collaborateurs et souhaitons aux plus jeunes d'entre eux de coopérer dans 25 ans aux Noces d'Or des *Annales*.

A. GOUGUENHEIM.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DEUX OBSERVATIONS D'ÉPILEPSIE SENSORIELLE (AUDITIVE)

Par le Dr **Maurice de FLEURY**, ancien interne des hôpitaux.

Les observations d'épilepsie sensorielle ou d'aura épileptique sensorielle, ne sont pas extrêmement rares. J'ai pensé cependant que celles-ci méritaient d'être publiées, simplement parce que, dans l'un et l'autre cas, les malades ont été vues d'une façon suivie et examinées avec soin, en sorte que certains détails intéressants ont pu être mis en lumière.

OBSERVATION n° 1 (personnelle).

Morbus sacer. Maladie de Basedow fruste. Aura auditive, bourdonnements d'oreille.

M^{lle} Charlotte F..., 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Enfant légèrement impressionnable, pas de convulsions.

Pour la première fois, à l'âge de 45 ans (août 1896), Charlotte F... étant à la campagne, dans le Berry, par une chaleur accablante, ressentit en même temps quelques troubles dyspeptiques et quelques bourdonnements d'oreilles. Venue, le mois précédent, de Paris à la campagne, elle avait été prise de véritables fringales et mangeait en quantité démesurée du pain bis frais : il s'en suivit des gonflements de l'estomac après les repas, du ballonnement du ventre, un peu de diarrhée fétide ; au sortir de table, le visage se congestionnait, il y avait un peu de somnolence, la digestion se faisait lourdement.

Première crise. — La première crise est du mois de septembre 1896, elle eut lieu pendant une de ces périodes de digestion pénible dont nous venons de parler. Les bourdonnements d'oreilles qu'elle ressentait depuis un mois déjà, prirent ce jour-là une intensité exceptionnelle, l'oreille droite bourdonnant plus fort que la gauche ; au bout de deux ou trois minutes, le bruit devenant très intense, la jeune fille perdit connaissance, fut prise de convulsions généralisées aux quatre membres, peut-être un peu plus intenses du côté gauche. Morsure de la langue, écume, sommeil et ronflements caractéristiques, perte complète du souvenir ; durée des convulsions de une à deux minutes.

Marche de la maladie. — Après deux années passées sans accidents, une seconde crise eut lieu le 27 août 1898, à six heures du matin et une autre le 29 ; une crise le 7 octobre, une autre le 9. De même le 24 et 25 novembre, le 30 et 31 décembre, le 2 et le 3 janvier 1899. Le 5 du même mois, la malade vient me consulter et ses parents me donnent sur la nature de ses crises les renseignements que voici.

La jeune fille est apprentie télégraphiste. Or, quand elle est en imminence de crise, le bruit tintant d'une pendule, l'appel vibrant du téléphone provoquent aisément chez elle un accès de bourdonnements d'oreilles avec congestion de la face, puis perte de connaissance et petites crises convulsives, de nature manifestement épileptique. Bientôt, la malade est obligée de quitter l'apprentissage ; chez elle, ses parents suppriment la sonnerie de toutes les pendules, cause déterminante des accès.

Il semble, tout d'abord, comme nous l'avons déjà dit, que l'oreille droite bourdonne plus que la gauche pendant la période prodromique, puis, pendant la période convulsive, que le côté gauche soit secoué de secousses plus fortes que le côté droit ; mais à mesure que la maladie évolue, cette différence s'aperçoit de moins en moins. Chaque fois, l'attaque augmente en durée et en intensité. Souvent, la crise s'accompagne d'une petite éruption de pétéchies, véritables extravasations sanguines qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt.

On a ordonné à la malade du valérianate d'ammoniaque et une potion bromurée (environ 4 grammes par jour), l'amélioration ne paraît pas sensible.

A l'examen, pratiqué le 5 janvier, on relève les signes suivants : Congestion habituelle de la face, haleine bromurée, égalité pupillaire ; l'examen des oreilles, pratiqué par un spécialiste, ne révèle aucune lésion de l'appareil auditif externe, de la caisse, ni

de l'oreille interne. Le cœur bat à cent pulsations, la pression artérielle est de 17° de mercure. A l'auscultation du cœur, rien de particulier, sauf la tachycardie; légère saillie des globes oculaires, gonflement thyroïdien très léger, mais incontestable. Le diagnostic est donc : Morbus sacer, avec aura sensorielle (auditive), maladie de Basedow fruste.

A noter encore une dilatation de l'estomac extrêmement marquée (mesurée au phonendoscope de Bianchi), fermentations anormales dans l'estomac et dans l'intestin; foie un peu gros.

Etat intellectuel. — Peu ou pas de modifications du caractère, qui, particulièrement, est doux et facile.

Cependant, légère excitation au moment des accès, dépression mélancolique suivant la crise et durant, en moyenne, une trentaine d'heures.

Les règles viennent à intervalles réguliers, très douloureuses le premier jour, peu ou pas de pertes blanches.

Traitement. — La malade est soumise au traitement suivant.

Régime alimentaire très sévère, de façon à réduire au minimum les troubles gastro-intestinaux; suppression radicale du vin, des liqueurs, de la bière, de toutes les boissons fermentées; un verre d'eau bicarbonatée une demi-heure avant les repas, à table un verre d'une infusion chaude de maté peu sucré; 3 grammes de bromure le soir au moment du coucher; grands lavages de l'intestin les matins au réveil. Deux fois par semaine, massage de l'estomac et injection de 5 à 10 centimètres cubes de sérum artificiel (formule atténuée de Chéron).

Le 8 janvier, à sept heures et demie du matin, au moment où la pendule de sa chambre sonne pour ainsi dire à blanc, le timbre ayant été enlevé et le marteau demeurant seul en place, la malade a une attaque, longue à venir; les bourdonnements d'oreilles se prolongent plus que de coutume; il semble que la phase convulsive ne se décide pas aisément à éclater, elle survient pourtant, dure moitié moins que d'ordinaire, et est suivie d'une assez longue période de sommeil. Après la crise, moins de fatigue que d'habitude. Pour la première fois, la malade ne s'est pas mordu la langue. Prédominance des convulsions à gauche.

Le 11 janvier, à quatre heures du matin, la malade est réveillée par des bourdonnements dans l'oreille droite, qui durent environ une demi-minute Charlotte F... s'attend à une crise qui ne vient pas, elle a ses règles une heure après.

Le 4 et le 5 février, le baromètre étant très bas, par un temps de dégel et de véritable tempête de vent du sud, la malade est

réveillée, la première nuit, à deux heures, la seconde à quatre heures du matin, par les bourdonnements d'oreilles (oreille droite surtout) qui constituent l'aura de ses attaques ; elle appelle, selon sa coutume, sa marraine qui dort près d'elle : la marraine constate la congestion de la face mais la malade se rendort sans qu'il se soit produit de convulsions.

Dans la nuit du 27 au 28 février, Charlotte F..., ayant eu les pieds mouillés alors qu'elle avait ses règles, s'endort difficilement ; elle souffre, d'ailleurs, de coliques utérines. A quatre heures du matin, elle s'éveille et s'assoie sur son lit, très rouge, avec des bourdonnements très vifs dans l'oreille droite. Elle compare le bruit qu'elle perçoit au glouglou d'une bouteille. Au bout d'une demi-minute elle perd connaissance, avec un petit râle dans la gorge, ses mains restent crispées pendant une minute ; pas d'autres phénomènes moteurs ; reprise du sommeil.

Depuis lors, Charlotte F... n'a plus eu le moindre accident comitial, les bourdonnements d'oreilles ne se sont pas reproduits. On a restitué leur timbre à toutes les pendules et la malade peut entendre la sonnerie du téléphone sans aucun trouble.

En même temps, la congestion habituelle de la face a fait place à une coloration plus normale des joues ; la tachycardie, l'exophtalmie, la tendance au goitre sont considérablement atténuées (à chaque séance de traitement, douche statique au niveau du corps thyroïde).

La malade a été vue deux fois par semaine, du commencement de janvier au milieu de mars, du milieu de mars au milieu d'avril deux consultations seulement. A dater de ce jour, elle n'a pris qu'un gramme de bromure le soir en se couchant, elle a continué son régime alimentaire, elle n'a fait que plus rarement ses lavages de l'intestin.

En résumé, M^{lle} Charlotte F..., en dépit d'une dose de bromure assez considérable, avait eu, du 27 août 1898 au 5 janvier 1899, dix attaques manifestement comitiales, dont l'intensité allait chaque fois s'aggravant. A partir du jour où elle a été soumise à un régime alimentaire sévère, au massage de l'estomac, au lavage de l'intestin, aux injections de sérum, il lui a suffi d'une dose tout à fait minime de bromure (3 grammes d'abord, puis 2, puis 1 gramme), pour que son état s'améliore considérablement. A savoir : une petite attaque le 8 janvier ; le 11 janvier, attaque réduite à l'aura ; de même, le 4 et le 5 février ; dans la nuit du 27 au 28 février, au moment des règles et après un refroidissement, c'est-à-dire dans les conditions les plus défavorables, vague

ébauche d'attaque, et depuis lors, plus rien. A l'approche de la période menstruelle, la malade se contente de prendre deux ou trois grammes de bromure au lieu d'un.

OBSERVATION n° 2 (personnelle).

Morbus sacer. Bourdonnements d'oreille revenant par crises et ayant abouti une fois à une crise convulsive manifestement comitiale.

Jeanne S..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est sujet à des vertiges qui sont certainement des vertiges de l'estomac. Sa mère est très impressionnable, mais sans névrose définie.

Antécédents personnels. — A l'âge de 4 mois, convulsions légères, de 10 à 17 ans, vers intestinaux (oxyures). Elle a été réglée à 15 ans et demi et depuis lors ses règles sont toujours venues irrégulièrement et pauvrement; quelques peries blanches deux ans avant la venue des règles. Dans l'adolescence, il lui arrivait souvent d'avoir des vapeurs et de se trouver presque mal, quand elle essayait un peu longuement une robe, ou quand il lui fallait demeurer dans une atmosphère surchauffée; légères angoisses (phobies) dans une foule très pressante.

Mariée à l'âge de 18 ans, elle se porta un peu mieux; ses règles commencèrent à se régulariser et à prendre meilleure allure.

En janvier 1897, à une époque où elle faisait beaucoup de bicyclette et où elle avait commencé de décolorer ses cheveux à l'eau oxygénée (elle avait alors 23 ans), elle fut prise de phénomènes auditifs tout à fait singuliers.

Ce ne furent d'abord que simples augmentations de bruits véritablement entendus: il lui semblait que les gens de son entourage haussaient la voix subitement, qu'une porte se fermait très fort, etc.; les autres personnes présentes ne percevaient pas ces mêmes bruits aussi intenses qu'elle. Ces moments d'hypéracousie se répétaient à cinq ou six semaines d'intervalle. Puis ce ne fut pas simplement de l'exaltation momentanée du sens de l'ouïe, mais de véritables petites hallucinations. Jeanne S... entendait très nettement les sons d'un orchestre lointain avec la conscience que c'était là un phénomène irréel, subjectif. Cela lui procurait plutôt de l'agrément, elle s'imaginait que tout le monde était ainsi, et ne cherchait point à réagir contre un symptôme

qu'elle ne jugeait pas maladif. Cela revint, en s'accroissant chaque fois, à quatre ou cinq reprises dans une année.

Un peu plus tard, au mois de mars 1898, il y eut aggravation. Les petites hallucinations de l'ouïe devinrent plus fréquentes, en même temps qu'elles changeaient de caractère : elles se reproduisirent toutes les trois semaines environ, le plus souvent au cours de la période menstruelle : et maintenant l'hallucination se faisait chaque fois plus formelle. Le phénomène se produisait presque invariablement vers les 10 heures du matin ; la jeune femme entendait une voix dans la pièce à côté, ou des coups frappés à la porte : elle était tout à fait dupe de son hallucination. A ce moment, son visage pâlisait ; extrêmement énermée, elle éprouvait un sentiment d'angoisse très pénible ; pas d'envie de pleurer. Dans ces moments, il ne lui était pas impossible de parler, mais, pourtant, il lui arrivait souvent de ne pas répondre aux questions qu'on lui posait et qu'elle entendait parfaitement ; tant que durait ce petit accès (deux minutes environ), il y avait un très léger bourdonnement des deux oreilles. Aucune éclipse de mémoire.

Le jeudi, 1^{er} septembre, à deux heures, après de grandes marches qui l'ont beaucoup fatiguée, Jeanne S... se sent gênée par la digestion. Elle est au moment de ses règles, qui viennent peu et mal ; voilà plusieurs jours qu'elle a la figure congestionnée, surtout après les repas, mais jamais autant qu'aujourd'hui ; elle vient de s'asseoir à sa table pour écrire une lettre quand, tout à coup, elle est envahie par les bourdonnements d'oreilles. Elle se lève et marche dans la chambre en disant à sa mère :

— J'ai des bourdonnements, on frappe. »

Quand elle a fait environ une vingtaine de pas de long en large, elle se sent prise de secousses nerveuses dans le cou, qui lui tirent la tête à gauche ; elle se regarde à la glace, voit encore sa tête tirée trois fois à gauche et en bas par des contractions musculaires involontaires : après quoi, elle perd conscience. Sa mère s'approche d'elle, la soutient ; aidée par elle, Jeanne S... peut marcher jusqu'à une chaise longue où elle tombe, penchée sur le côté gauche ; trois fois de suite sa bouche se dévie à gauche. Sa mère cherchant à la mettre debout elle s'aide un peu, puis devient plus lourde et glisse sur le tapis. Alors se produisent dans la jambe et dans le bras gauche cinq à six secousses rapides ; sa mère ne sait pas s'il y a eu des secousses dans les membres du côté droit. Ecume légère aux lèvres ; pas de morsure de la langue ; la jeune femme devient un peu violette (lèvres et joues) ; sa respiration plus bruyante, ne va pas, cepen-

dant, jusqu'au ronflement proprement dit. Il y avait environ une minute qu'elle était à terre quand ses yeux se sont rouverts ; tout le visage souriait ; elle a embrassé sa mère avec effusion, s'est laissée relever, s'est étonnée de voir qu'on lui mettait du linge de nuit, est allée toute seule aux cabinets (urine claire comme de l'eau de roche), est revenue s'étendre sur la chaise longue, a embrassé la femme de chambre croyant embrasser sa mère, et n'a gardé aucune mémoire de tout cela ; l'éclipse de mémoire a duré dix bonnes minutes : elle est revenue peu à peu. Après l'attaque, sensation de fatigue ou plutôt de détente heureuse sans rien de pénible. Le lendemain, la malade se trouve en état de santé parfaite, les yeux sont un peu rouges et congestionnés, un peu de larmolement comme s'il y avait obstruction légère du canal lacrymal.

Etat actuel le 8 septembre 1898. — Facies pâle, teint brouillé de neurasthénique, langue sale, estomac extrêmement dilaté, cœur mou, tension artérielle égale de 10 à 11° de mercure, réflexes tendineux rotuliens droit et gauche exagérés. Aucun stigmate d'hystérie. Le seuil de la sensibilité est simplement plus large que la normale ; il n'y a nulle part de zone d'anesthésie. Il s'agit bien franchement d'un cas de morbus sacer à point de départ sensoriel qui, allant toujours s'aggravant, a fini par aboutir à un accès moteur, d'ailleurs léger. Le diagnostic est nettement confirmé par M. le Prof. Raymond, appelé en consultation.

Le diagnostic de la cause est soigneusement recherché. La malade est minutieusement examinée au point de vue d'une maladie de l'appareil auditif, par M. le Dr Lermoyez, qui résume comme suit les observations faites au cours de cet examen :

Oreille droite. — Tympan normal.

La ventilation de la caisse se fait bien.

Osselets mobiles.

Oreille gauche. — Tympan aminci.

Imperméabilité légère de la trompe, se traduisant par un peu d'enfoncement du marteau, gêné dans ses mouvements.

L'acuité auditive est normale, et égale pour les deux oreilles.

Pas de lésions du nez, du naso-pharynx, ni du pharynx.

En somme, examen négatif. Il n'existe aucune lésion de la caisse ou de ses dépendances, de l'oreille interne ou du nerf acoustique, qui soit susceptible d'expliquer les phénomènes d'hyperacousie ou d'hallucination. La lésion, s'il en existe, ou, bien plus vraisemblablement, le trouble fonctionnel, ne peut siéger qu'au cerveau au niveau des circonvolutions temporales.

L'investigation porte ensuite sur l'utérus et ses annexes : utérus

légèrement abaissé, ectropion à la lèvre inférieure du col, matrice lourde et congestionnée ; en somme rien de bien grave.

L'examen de l'appareil digestif est plus significatif. Nous avons dit que l'estomac était extrêmement dilaté, le phonendoscope de Bianchi montre que sa pointe inférieure descend à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, un peu plus près du pubis ; il gargouille fortement à la percussion ; les parois de l'intestin sont aussi molles et distendues par des gaz ; alternatives de constipation et de garde-robes semi-liquides, noires et fétides. Le foie est un peu gros. L'analyse d'urine donne des résultats qui se résument de la façon suivante : « Les éléments normaux des urines de vingt-quatre heures, sauf l'acide urique, sont inférieurs aux moyennes physiologiques, il y a excès uriques par rapport à l'urée. On trouve de l'urobiline et de l'indican. Le coefficient des oxydations est inférieur à la moyenne. On voit des débris épithéliaux et de l'acide urique. Azote de l'urée, 7,705 ; azote total, 9,949 ; coefficient des oxydations, 0,774.

C'est au total, l'urine d'une ralentie de la nutrition.

En présence de cet ensemble de symptômes, il était indiqué de rechercher s'il s'agissait d'une irritation directe de l'écorce grise au niveau des zones présidant à l'audition, d'une irritation réflexe partant d'une périphérie sensitive, ou bien encore, de phénomènes d'auto-intoxication, de déchets d'une nutrition défectueuse, capables de déterminer la décharge convulsive d'un cerveau prédisposé. La malade n'avait aucun symptôme de méningite chronique ni de tumeur cérébrale ; elle n'avait pas fait de chute sur la tête ni reçu de contusion qui put faire croire à une fracture ancienne ou à un épanchement enkysté capable de comprimer le manteau cérébral.

Nous avons donc cherché à supprimer toutes causes d'irritation à distance et, du même coup, toute source d'auto-intoxication.

Le traitement suivant fut institué.

Régime alimentaire destiné à supprimer les fermentations anormales, suppression du vin et de l'alcool sous toutes ses formes, massage de l'estomac et de la paroi abdominale ; lavage de l'intestin, laxatifs ; quotidiennement, injections vaginales très chaudes ; pansements glycérinés ; cautérisations de l'ectropion à la résorcine additionnée d'un peu de cocaïne, massage de l'utérus. Deux fois par semaine, injections de sérum artificiel et l'électrisation statique ; 2 grammes de bromure par jour, 3 au moment des époques.

Au bout de peu de jours, la tension artérielle est montée de 11

à 17° de mercure, la malade a recouvré de l'appétit et de l'entrain. Au bout de quelques semaines, l'utérus a repris sa place, le col s'est décongestionné, l'ectopion s'est effacé.

D'autre part, l'estomac est revenu sur lui-même et l'intestin a repris de sa tonicité ; il n'y a plus de congestion de la face après les repas ; le foie, qui débordait un peu des fausses côtes, a repris son volume normal.

Du 8 septembre au 15 octobre, pas d'accidents. Les règles viennent du 8 au 12 octobre et c'est seulement le 15, au matin, que la malade est reprise d'un accident analogue à ceux que nous avons déjà décrits, mais d'intensité beaucoup moindre. Ce n'est rien qu'un bourdonnement, qui ne s'accompagne ni d'hallucination de l'ouïe, ni de mouvements convulsifs. La malade entend simplement une vibration musicale toujours sur la même note et peu intense ; ce bruit lui paraît siéger en dedans de sa tête, à mi-chemin de ses deux oreilles. La durée de cet accident ne dépasse pas trois quarts de minute.

Depuis cette époque, la malade a eu tous les deux ou trois mois seulement un bourdonnement d'oreilles extrêmement léger, si léger, qu'à plusieurs reprises Jeanne S... s'est demandé si elle l'avait véritablement perçu ; elle a, en effet, tant de peur de voir reparaitre ces accidents qu'elle noterait volontiers comme bourdonnements les plus légères sensations de chaleur à la tête et les plus imperceptibles bruissements de ses oreilles.

Cependant, comme elle ne peut pas douter de son extrême amélioration, elle cesse de venir me consulter et réduit le bromure à 1 gramme (janvier, février, mars 1899) et à moins encore en avril et en mai. Pendant la seconde quinzaine du mois de mai, elle est violemment contrariée, et chacune, presque, de ses journées compte une querelle extrêmement pénible ; en même temps elle se départ un peu de son régime alimentaire. Le 21 mai, crise très légère de bourdonnements. Le 29, nouvelle crise, beaucoup plus forte, et rappelant par son intensité les bourdonnements qui ont précédé l'attaque du 1^{er} septembre 1898 ; cela va cette fois jusqu'à une petite hallucination de l'ouïe, ce qui ne s'était pas produit depuis le traitement.

Effrayée, Jeanne S... reprend 4 grammes de bromure et s'asservit de nouveau à un régime très sévère. Le 15 juin, elle a de nouveau un bourdonnement à peine perceptible. Je la revois quelques temps après ; comme je la trouve très bromurée je baisse la dose à 3 puis à 2 grammes. Depuis lors, jusqu'à aujourd'hui (décembre 99) aucune espèce d'accidents.

Réflexions.

De semblables observations sont assurément plus instructives par le détail de l'évolution morbide au jour le jour, que par les notions générales qu'on en peut tirer.

Remarquons cependant que, chez l'une et l'autre de ces malades, les phénomènes gastro-intestinaux ont paru jouer un grand rôle dans l'ensemble symptomatique. L'une et l'autre, quand on les a examinées pour la première fois, avaient une énorme dilatation de l'estomac avec dyspepsie hypochlorhydrique et fermentations anormales. Ch. F... et Jeanne S... avaient, l'une et l'autre, une nutrition retardante, une tension artérielle basse, une très médiocre activité de réduction de l'oxyhémoglobine, très peu de forces disponibles. Chez Ch. F..., ce sont les troubles dyspeptiques qui ont ouvert la scène; plus tard, elle prenait 4 grammes de bromure, sans en être améliorée, et, dès que son appareil digestif a été soigné, il a suffi d'une dose moindre pour faire disparaître tous les phénomènes comitiaux et les bruissements prémonitoires.

Dans le traitement de Jeanne S..., les massages de l'estomac et les lavages de l'intestin ont été manifestement efficaces. C'est après avoir eu de grands tourments, mais aussi après avoir négligé son régime alimentaire, qu'au mois de mai 1899 elle a failli avoir une rechûte; son estomac fonctionnait mal depuis plusieurs jours, quand elle a eu le bourdonnement d'oreille annonçant un retour offensif du mal.

Peut-être n'est-il pas téméraire de comparer, de loin, ces cas d'absences et de convulsions épileptiques, à ces vertiges de l'estomac, et même à ces vertiges de Ménière qui s'accompagnent d'un état dyspeptique, lequel n'est pas sans influence sur la fréquence des accès, qu'un bon régime alimentaire contribue, bien certainement, à faire plus rares et moins violents. Dans l'un et l'autre cas, l'essentiel du mal siège, à n'en pas douter, ici dans l'écorce grise, et là dans l'appareil labyrinthique, et cependant les accidents dépendent, pour une bonne part, soit d'une auto-intoxication, soit d'une irritation mécanique réflexe à point de départ gastro-intestinal, puisqu'il suffit parfois de l'ingestion de quelques feuilles de salade ou de tel autre ali-

ment indigeste, pour que revienne le vertige, chez un sujet prédisposé par l'existence d'une lésion otique (1).

Le cas de Jeanne S... présente, en outre, ceci de particulièrement intéressant que, chez elle, on a vu naître, pour ainsi dire, le mal comitial, et qu'on l'a enrayé avant que le sujet ait eu le temps de devenir un véritable épileptique. M. François-Franck a bien nettement démontré que plus une écorce grise est soumise à l'excitation électrique, plus elle devient excitable : il n'est pas douteux que nos tissus prennent des habitudes : d'où l'extrême importance d'un diagnostic précoce et d'un traitement immédiat.

Chez notre seconde malade, ce ne sont d'abord, pendant l'année 1897, que de tout petits accès d'hyperacousie, qui se multiplient peu à peu, en augmentant à chaque fois d'intensité. Puis, cette simple exagération momentanée d'une fonction localisée de l'écorce grise, devient une véritable hallucination de l'ouïe, qui va se répétant toutes les trois semaines, chaque fois plus intense, jusqu'au 1^{er} septembre, jour où le phénomène sensoriel, à force de violence, gagne de proche en proche et produit une décharge de la zone motrice.

A la façon dont les crises de bourdonnements croissaient en force, en nombre et en durée, on sentait le cerveau contracter l'habitude du paroxysme et devenir épileptique. Prise plus tard, la malade aurait pu devenir une grande comitiale, alors qu'elle n'a eu qu'une seule attaque convulsive qui, vraisemblablement, restera unique.

(1) Tous les auteurs modernes insistent, à l'envie, sur l'importance d'un bon régime alimentaire dans le traitement du vertige otique. Voir notamment l'article de M. Gellé : *Thérapeutique générale des affections de l'oreille*, ou *Dictionnaire de thérapeutique de Robin*, p. 26.

UN NOUVEL INSTRUMENT POUR LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Par le Dr **E. KRAUS**, de Paris.

L'examen des cavités rétronasales se fait, comme on le sait, de deux façons, par le toucher direct et par la rhinoscopie postérieure au moyen de miroirs. Le premier de ces procédés, de beaucoup le plus ancien, consiste à introduire un doigt en arrière et en haut du palais du malade et à toucher directement la voûte du pharynx et les choanes. On peut ainsi se rendre compte si ces cavités sont libres ou obstruées et dans ce dernier cas si le corps obstruant est dur ou non. C'est tout ce qu'on peut tirer de ce procédé pour le diagnostic. Le toucher direct est très désagréable au malade qui ne le tolère qu'un instant, cet examen peut même offrir un réel danger comme dans le cas cité par Voltolini, qui observa la mort subite chez un garçon au moment où il lui introduisait le doigt dans le nasopharynx. On ne devrait donc se servir du toucher direct pour l'examen de l'arrière-gorge que dans les cas (malheureusement assez fréquents) où la rhinoscopie postérieure au moyen de miroirs serait absolument impossible.

Les détails de la rhinoscopie postérieure sont connus, aussi nous nous contenterons d'en fixer quelques points techniques. L'examen simple nécessitait jusqu'alors *deux instruments distincts* : l'abaisse-langue et le miroir rhinoscopique, et se faisait *en trois temps*. L'opérateur plaçait d'abord dans la bouche du malade l'abaisse-langue, qu'il tenait de sa main droite. La main gauche venait ensuite remplacer la main droite pour maintenir l'abaisse-langue dans sa place et, ceci fait, la main droite introduisait le miroir. On peut gagner du temps et ré-

duire le nombre des mouvements de trois à deux en plaçant dès le début l'abaisse-langue de la main gauche, mais ordinairement on examine en trois temps.

La rhinoscopie postérieure devient singulièrement compliquée lorsque l'examen s'accompagne d'un sondage ou lorsqu'il y a lieu de pratiquer une opération dans ces régions. L'abaisse-langue est alors placé comme pour un examen ordinaire avec la main droite, puis l'abaisse-langue en place est abandonné au malade qui neuf fois sur dix le déplacera juste au moment critique, ou à un aide. Dans les deux cas, l'opérateur perd la direction de l'abaisse-langue pendant l'opération.

C'est pour simplifier ce procédé d'examen que nous avons songé à construire un nouvel instrument auquel nous avons donné le nom de *rhino-pharyngoscope*. Cet instrument se compose d'un abaisse-langue sur la face dorsale duquel se fixe directement, comme le montre le croquis, un des miroirs rhinoscopiques ordinaires. Le fixage a lieu d'une façon très simple, par l'introduction de la tige du miroir dans une gaine métallique rivée sur l'abaisse-langue, ce qui permet et le changement à volonté du miroir suivant les dimensions du pharynx à examiner (nous nous servons de préférence de petits miroirs n° 0, n° 1 ou n° 2), et la stérilisation facile de l'instrument. L'abaisse-langue lui-même diffère de l'abaisse-langue ordinaire par le fait qu'il est moins large et que ses bords latéraux sont quelque peu relevés dans un but que nous indiquerons plus loin. Nous nous servons de notre instrument de la façon suivante : Le malade ouvrant largement la bouche, nous l'engageons à émettre un son nasal en articulant : Hang ! Pendant ce temps nous introduisons avec la main droite le rhino-pharyngoscope dont nous avons soin de soulever un peu le manche, ce qui renverse le miroir en arrière. Nous appuyons, en augmentant doucement la pression sur la base de la langue, puis abaissant successivement le manche, nous redressons le miroir et aussitôt l'image rhinoscopique parait à nos yeux. Les bords relevés de l'instrument nous permettent de faire basculer l'abaisse-langue dans les sens latéraux sur la langue sans incommoder le malade ; grâce à la possibilité de ces petits mouvements latéraux, nous pouvons aisément explorer les parties latérales de

la voûte du pharynx, les replis des trompes, les fosses de Rosenmuller, etc.

Au moyen du rhino-pharyngoscope, l'examen simple se fait donc en un temps au lieu de deux ou trois, qu'exigeait l'ancien procédé. Les avantages en sont encore plus considérables



dans les cas de sondages ou d'opérations. Notre instrument nous permet alors de nous passer d'une troisième main, c'est-à-dire de l'aide du malade ou d'un assistant. Nous opérons facilement en tenant de la main gauche notre rhino-pharyngoscope et de la main droite l'instrument opérateur, et cette

méthode nous paraît beaucoup plus sûre car elle nous permet de diriger nous-même la langue du malade.

En résumé le rhino-pharyngoscope offre les avantages suivants : 1° Réduction du nombre d'instruments à introduire dans la bouche du malade soit de deux à un pour l'examen simple, de trois à deux pour le sondage ou une opération ; 2° Examen plus rapide ; 3° Suppression de l'aide.

Le rhino-pharyngoscope se place très facilement d'après les indications que nous venons de donner, aussi avons-nous jugé inutile de le compliquer et de le rendre instérilisable en le combinant avec un miroir mobile (comme nous en avions l'intention au début).

III

L'ÉCOLE ET LA TUBERCULOSE DES PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES

Par le Prof. **G. FERRERI** (Rome) ⁽¹⁾.

Les hygiénistes et les philanthropes de tous les pays civilisés ont entrepris dans ces derniers temps une vigoureuse campagne pour persuader aux plus incrédules et méfiants que l'on peut se prémunir contre la tuberculose. Loeffler a démontré au dernier Congrès tenu à Berlin, que la tuberculose congénitale est tellement rare que l'hérédité ne peut avoir aucune importance dans la pratique ; un de nos compatriotes, hygiéniste jeune et célèbre, Sanarelli, a soutenu récemment la même opinion dans une conférence publique. De plus, Loeffler a affirmé que la prédisposition à la tuberculose héréditaire n'avait jamais été jusqu'ici démontrée d'une façon indiscutable.

Donc si on ne naît pas tuberculeux, et la science connaît les moyens de tuer les bacilles et ainsi de s'immuniser contre les germes infectieux, pourquoi ne pas mobiliser toutes nos forces pour combattre ce fléau humanitaire ? Et l'Italie, quoique privilégiée au point de vue de la statistique de la mortalité des tuberculeux ⁽²⁾, fournit encore une moyenne trop élevée. Il est indéniable que sur beaucoup de points de la Riviera la tuberculose a été importée et qu'elle s'est répandue parmi les habitants. N'a-t-on pas vu aussi avec l'augmenta-

(1) Communication à la Société Italienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie, Rome, octobre 1899.

(2) Prof. A. DI VETTES. — La difesa della società contro la tubercolosi e i sanatori per i tisiici (Conferenza al Circolo filologico livornese, 1899).

tion de la population des principales cités de la péninsule s'accroître le nombre des tuberculeux en raison de l'agglomération des individus et des manufactures où les ouvriers sont exposés à tant de causes d'irritation des voies respiratoires et au contact des phthisiques ?

La lutte pour la vie pousse les hommes à se livrer aux occupations les plus fatigantes et fréquemment on observe un excédent de mortalité par la tuberculose dû à l'influence de certaines professions, et, pour ne pas perdre de vue le sujet sur lequel je désire attirer l'attention, je dirai que j'ai été frappé dernièrement par la lecture d'une publication d'où il appert que 79 % des instituteurs meurent tuberculeux. Cette constatation corrobore les observations que j'avais recueillies à la Clinique Laryngologique de Rome, à propos de la fréquence des lésions tuberculeuses chez les instituteurs primaires et surtout parmi les institutrices.

En présence de ces altérations, j'ai eu spontanément l'idée de rechercher si dans les préceptes d'hygiène scolaire on n'avait pas trop oublié les professeurs en réservant toutes les mesures prophylactiques aux écoliers. Maintenant qu'on fonde de nombreuses institutions de bienfaisance destinées à soustraire à une fin prématurée des enfants abandonnés, il me semble qu'on devrait aussi s'occuper des adultes, et parmi ceux-ci des instituteurs qui travaillent au milieu de nombreux foyers infectieux.

Tous les spécialistes connaissent la fréquence des lésions des premières voies respiratoires qu'on rencontre chez les professeurs et je citerai ici une récente statistique de E. S. Yonge, qui, sur 70 institutrices employées dans huit pensionnats et huit écoles libres de Manchester, a observé 65 fois des altérations laryngées et pharyngées. Ces chiffres démontrent l'important contingent fourni par les éducatrices aux maladies respiratoires et la facilité avec laquelle la tuberculose se propage parmi ces sujets. L'auteur dit en effet qu'il a trouvé beaucoup de phthisiques parmi les institutrices⁽¹⁾.

(1) E. S. YONGE. — Les affections de la gorge chez les institutrices des écoles primaires de Manchester (*La voix parlée et chantée*, juillet 1898).

Posthumus Meyjes cite, parmi les causes déterminantes des maux de gorge atteignant les professeurs, une respiration costale défectueuse, l'abus des sons aigus pour parler à haute voix et enfin l'articulation défectueuse par suite de laquelle les voyelles et les consonnes, au lieu de se former dans la bouche, proviennent de la gorge (voix gutturale).

Les affections des voies respiratoires chez les instituteurs sont aussi imputables au surmenage, à l'excès de fatigue de l'organe vocal et peut-être aussi à l'absence d'une éducation scientifique et rationnelle de la voix, qui fait que l'on abuse de l'énergie physiologique ; mais alors les altérations devraient se borner à un état congestif plus ou moins chronique de la muqueuse laryngo-pharyngienne et à une parésie des muscles du larynx, des adducteurs en particulier et ne pas dégénérer en hypertrophie diffuse ou circonscrite de la muqueuse ; cette dernière affection étant la plus commune, il faut accuser l'air respiré dans les écoles qui constitue un terrain particulièrement favorable au développement de certains microbes et surtout des formes pyogènes et des bacilles diphthériques et tuberculeux.

Combien de fois n'est-il pas arrivé au médecin de la famille d'écouter le récit suivant : « J'avais remarqué que le moindre effort de voix au cours de la leçon déterminait une sorte d'assombrissement suivi de toux, une sensation de brûlure et une sorte de besoin d'effectuer des mouvements de déglutition répétés ; à la fin de la classe, ma gorge était sèche, la voix rauque et parfois aphone. Je n'y accordai pas d'attention parce que, durant les heures de repos, tout cessait. Quelquefois il me semblait que la voix, un peu voilée le matin, redevenait plus sonore pendant la leçon, grâce à l'exercice de la parole, tandis que d'autres fois, lorsqu'elle redevenait peu à peu normale, subitement elle affectait un ton rauque. En continuant à professer dans cet état, je me suis aperçue que si je pouvais prendre part à une conversation ordinaire, il m'était impossible de prolonger une lecture durant quelques minutes sans fatigue, tout abus vocal provoquait des quintes de toux... Un jour que je fus obligée de parler plus longtemps que de coutume, je rejetai des crachats striés de sang. »

On peut s'imaginer avec quelle terreur les malades courent aussitôt chez les spécialistes ! Mais le cas se présente rarement, au contraire il est fréquent qu'en l'absence de symptôme sinistre, les malades atteints d'affections graves des voies respiratoires comptent trop sur l'examen négatif des poumons et des crachats et pensent qu'on diagnostiquera seulement une cordite vocale ordinaire et continuent à surmener l'organe vocal. Et lorsque devant l'échec de la thérapeutique locale nous nous décidons à pratiquer l'examen histologique d'un lambeau de muqueuse malade (cordite tubéreuse), nous reconnaissons la nature tuberculeuse de la lésion et nous pouvons nous convaincre que la phthisie laryngée primitive n'est pas aussi rare qu'on le pense.

Il faut également tenir compte d'une troisième catégorie de malades constituée par des individus atteints de catarrhes chroniques des premières voies respiratoires non encore tuberculeuses, qui, obligés de parler plusieurs heures dans une école, présentent des bacilles de Koch dans les crachats ; en fait il s'agit de lésions laryngiennes non encore tuberculeuses, mais pouvant le devenir d'un moment à l'autre sous la menace des bacilles.

Voilà 5 ans que, soit à la Clinique, soit chez moi, j'ai attiré l'attention sur le grand nombre de professeurs, et surtout de femmes, affectés de maladies de la gorge. J'ai recueilli ces observations pour voir si la statistique m'autorisait à leur reconnaître une valeur spéciale et je suis convaincu que cette étude mérite d'être prise en considération. J'ai relevé sur mes registres que, sur 65 institutrices, 20 étaient affectées de lésions des voies respiratoires de nature tuberculeuse ou du moins accompagnées de bacilles de Koch.

J'ai parlé des lésions des voies respiratoires tuberculeuses ou d'aspect tuberculeux, aussi ne devra-t-on pas s'étonner du nombre de sujets ainsi classés.

Le spécialiste le plus expert avant d'exprimer un jugement définitif devra toujours se souvenir des paroles prononcées par Massei en 1895, au cours d'une conférence ⁽¹⁾ qui eut lieu pen-

(¹) F. MASSEI. — Diagnosi e cura della tubercolosi della laringe (Suppl. al Policlínico, anno II, 2° 5-6.

dant la seconde réunion de la Société Italienne de Laryngologie, otologie et rhinologie. « Le diagnostic de la tuberculose laryngée oscille entre les limites d'une extrême facilité et celles d'une difficulté parfois insurmontable. » Si, d'une part, la tuberculose de cet organe peut prendre les formes les plus variées, pouvant être aisément confondue avec une infiltration syphilitique ou cancéreuse, ou que la tuberculose attaque le larynx sous forme d'infiltration diffuse, l'examen bactériologique peut fournir un résultat négatif ou très douteux vu la rareté des bacilles de Koch qu'on rencontre dans les exsudats recueillis directement ; d'autre part, certaines lésions laryngiennes ne sont pas tuberculeuses bien que l'examen bactériologique positif ait pu le faire soupçonner.

Massei a été le premier à soutenir la transformation de certains processus laryngés pathologiques et surtout syphilitiques, en tuberculeux, par une sorte de victoire remportée par les bacilles de Koch sur d'autres microorganismes, de façon à convertir totalement une laryngite catarrhale simple hyperplasique ou avec exsudat syphilitique en granulations tu-

Organe malade	Pharyngo-larynx	8
	Gorge	7
	Nez	5
Enseignement	Chant	2
	Dessin	2
	Éléments	16
Constitution	lésions pulmonaires	2
	normale	18
Années d'enseignement	au-dessus de 20 ans	5
	de 10 à 20 ans	11
	de 2 à 10 ans	4
	Antécédents héréditaires	2 seules avaient des parents tuberculeux.
Etat civil	mariées	7
	célibataires	13
Age	au-dessus de 40 ans	5
	de 30 à 40 ans	12
	de 20 à 30 ans	3

berculeuses. Je répéterai donc que les 20 cas cités plus haut n'auraient pu être classés d'une façon décisive sous la forme tuberculeuse, à la suite d'un simple examen bactériologique positif, car il aurait fallu considérer comme tuberculeux tous les individus dont les fosses nasales renferment des bacilles de Koch, qui seraient peut-être au nombre de 10 sur 30 ayant fréquenté des locaux infectés par les phthisiques. Le point le plus frappant de ma statistique n'est pas le nombre assez élevé de lésions laryngiennes avec bacilles de Koch, mais la disproportion exceptionnelle entre les manifestations locales et pulmonaires constatées d'une façon certaine dans 2 cas sur 20.

Pour donner plus d'exactitude à mes observations, je les comparai avec quelques statistiques du bureau de l'Instruction Publique de la Municipalité romaine. Je vis alors que le nombre des institutrices (688) dépasse des deux tiers environ celui des instituteurs (244), ce qui explique la raison de la plus grande quantité des malades rencontrée parmi les femmes. La statistique de la mortalité de Rome, pendant 5 ans, accuse 0,29 % de décès par tuberculose chez les instituteurs. Le siège de l'affection n'étant pas spécifié, je ne puis comparer ces chiffres avec les miens qui donnent 0,04 de lésions tuberculeuses des voies respiratoires ; mais étant donné l'état des connaissances actuelles sur la pathogénie de cette funeste maladie, il est à supposer qu'une bonne part des décès consignés sur la statistique municipale pourrait concerner des lésions naso-pharyngo-laryngées, du moins comme origine. La même statistique tend aussi à démontrer que la tuberculose est plus répandue parmi les institutrices que chez les instituteurs ; en effet sur 7 morts, 6 concernaient des institutrices dont 4 âgées de moins de 30 ans.

Le point le plus intéressant que je relève dans ces statistiques, est que le total des instituteurs décédés, en 5 ans, de phthisie, est inférieur à celui que j'ai observé durant le même laps de temps, d'où il résulterait que toutes ces tuberculoses n'ont pas eu une issue fatale. En tout cas, il est avéré que la tuberculose attaque souvent sous une forme dangereuse les instituteurs et qu'elle entraîne beaucoup de cas de mort, tan-

dis que le mal envahit sous une apparence trompeuse la muqueuse naso-pharyngo laryngienne.

D'après des informations recueillies au bureau de l'Instruction Publique, il résulte que les institutrices ne jouissant pas d'une robuste constitution, souffrent fréquemment d'un affaiblissement organique, conséquence d'une culture intellectuelle intensive dans les écoles normales et peut-être de quelques troubles sexuels qui prédisposent à la phthisie; mais on néglige d'ajouter que l'abus de la voix, le cubage d'air insuffisant des classes, le mauvais état des carrelages (vieilles briques poreuses) et l'absence de désinfection des locaux peuvent engendrer nombre de maladies de gorge chez les institutrices.

Ce n'est pas ici le lieu de parler de l'hygiène des écoles romaines et je n'aborde ce sujet que pour faire observer que les salles réservées à l'instruction primaire sont d'excellents milieux de culture pour le bacille de Koch. En effet, les édifices ne sont nullement adaptés à l'hygiène moderne concernant la santé des enfants et de leurs maîtres, qui pour la plupart appartiennent à des familles pauvres se nourrissant mal, souvent peu scrupuleuses au point de vue de la propreté, logées dans de mauvaises conditions hygiéniques et ne pouvant s'offrir de distractions.

Je laisserai de côté ces considérations d'ordre moral pour me renfermer dans les observations sur l'hygiène scolaire.

J'ai sous les yeux une récente communication d'Abba, de Turin, qui me donne pleinement raison. Cet hygiéniste distingué, d'après des recherches expérimentales entreprises à son laboratoire, a tiré des conclusions fort importantes au point de vue de l'hygiène scolaire. Il a conclu que la lumière et le soleil ont une grande influence sur la résistance des bacilles tuberculeux, de sorte qu'on est à peu près certain que les microbes finissent par disparaître dans les milieux aérés et ensoleillés. La municipalité de Rome devrait tenir compte de ces avis, car la plupart de ses écoles sont installées dans des locaux malsains où l'air et le soleil ne pénètrent que par contrebande.

J'aborderai maintenant quelques considérations sur la pro-

phylaxie et le traitement des affections des voies respiratoires chez les tuberculeux.

En Belgique, depuis 1846, on surveille l'hygiène des écoles, et cet exemple a été suivi par les nations civilisées. Le ministère italien de l'Instruction Publique a élaboré en son temps un règlement auquel bien peu de communes se sont conformées. Il suffira de dire que la municipalité romaine possède un seul médecin chargé plutôt de contrôler les indispositions des instituteurs que de veiller à leur prophylaxie.

L'inspecteur sanitaire des écoles devrait plutôt être obligé de visiter les classes et de soigner les instituteurs en vue de les empêcher de contracter les épidémies qui atteignent leurs élèves, ou de les contaminer quand par exemple ils sont atteints de phtisie.

Les derniers ouvrages consacrés à l'hygiène scolaire, parmi lesquels je citerai celui du Prof. A. Celle, sont consacrés aux élèves, mais nullement aux maitres. Parmi les affections les plus contagieuses, figure la tuberculose surtout chez les enfants du peuple où elle est favorisée par l'insuffisance de nutrition. Les écoles primaires sont donc un excellent milieu pour l'éclosion de cette maladie. Aussi les instituteurs devraient-ils être avertis de la gravité de la tuberculose, et savoir que 90 % des cas sont engendrés par les crachats et que les bacilles se déposent dans la poussière des murs, des pavés, sur les meubles, dans l'air, et sitôt qu'ils entendent tousser un enfant, il faudrait le faire examiner et, au cas où l'infection serait reconnue, l'exclure de l'école dans son propre intérêt et celui de ses condisciples.

Une mesure indispensable à recommander aux maitres et aux élèves consiste à cracher dans des récipients *ad hoc*.

Les institutrices se plaignent surtout des exercices de gymnastique au cours desquels les enfants soulèvent des nuages de poussière et disséminent ainsi les germes infectieux dans la salle où ils sont enfermés. Il faudrait que ces exercices eussent lieu dans une cour et non dans un local dont le parquet donne asile à une quantité de microbes⁽¹⁾.

(1) L'examen bactériologique a été effectué dans deux écoles de Rome

Quant au côté purement scientifique, que dire des habitudes trop primitives des enfants ? Trop souvent ils transportent à l'école les habitudes contractées dans leurs familles. Ils échangent leurs effets personnels, leurs ustensiles scolaires, leurs couverts, partagent leurs provisions, embrassent des camarades vivant dans des milieux tuberculeux.

Parmi les Etats européens, la Suède a été la première à entourer de jardins ses écoles, tandis qu'aucun des monumentaux groupes scolaires de Rome n'en possède. Il faudrait aussi que les salles d'études et les corridors fussent pavés en ciment et les parois vernies jusqu'à une hauteur déterminée, de manière à ce que la désinfection s'effectue aisément. Je crois que dans beaucoup d'écoles, même à Rome, on se borne à donner un coup de balai et encore pas tous les jours. Nous sommes encore bien loin des habitudes de propreté et d'antisepsie appliquées dans certaines écoles allemandes, où, pour éviter que les élèves ne transportent des éléments d'infection, on leur fait endosser un tablier stérilisé spécialement et chauffer des sandales de caoutchouc.

Aussitôt qu'on suspecte chez un instituteur une lésion tuberculeuse des voies respiratoires, il faut procéder immédiatement à l'examen des crachats et des exsudats recueillis sur les parties affectées ; on sait que si parfois le traitement de la tuberculose offre des difficultés insurmontables, si elle est reconnue au début, on pourra enrayer son cours. Pas n'est besoin d'être pessimiste comme Eichhorst, Ruault et Dicu-lafoy, pour déclarer que dans cette maladie il ne faut pas compter sur la guérison et que la mort survient un an après l'apparition des premières altérations laryngées et que la thérapeutique n'a nulle efficacité contre les ulcérations tuberculeuses. Mais il ne

dont une présente d'excellentes conditions hygiéniques, tandis que l'autre est mal installée ; la première cube 350 mètres et contient 48 élèves de 8 à 10 ans ; la seconde a une capacité de 116 mètres cubes et renferme 42 enfants du même âge. L'examen fut pratiqué par les Prof. Sanfelice et Santosi. On trouva surtout des colonies d'hisomycètes et, parmi les bacilles, le proteus vulgaire, le bacille fluorescent liquéfiant, les diverses sortes de sarcines, certains bacilles ressemblant à ceux du typhus, et une variété de staphylocoques probablement pyogènes citriques.

faut pas pousser l'indifférence jusqu'à l'abandon des mesures prophylactiques destinées à préserver des individus prédisposés à la phtisie, d'autant plus que les cas de tuberculose primitive du larynx, les seuls justifiant un traitement chirurgical, ne sont pas rares, ainsi qu'on le croyait autrefois, surtout parmi les instituteurs. Quand un de ces derniers est affecté de tuberculose des voies respiratoires, le succès de la cure dépend le plus souvent du diagnostic et des précautions hygiéniques adoptées. La guérison s'effectue si la lésion est circonscrite et si les autres organes sont indemnes ; de ce dernier point dépend uniquement la possibilité de détruire par une intervention médicale ou chirurgicale la totalité des foyers tuberculeux.

Dans les quelques cas où le malade est légèrement atteint, le but du médecin ne consistera pas à soulager momentanément la phtisie laryngée, mais il devra chercher à obtenir une guérison complète et durable. On ne se contentera pas de la destruction des bacilles, mais il faudra user de tous les moyens hygiéniques et prophylactiques pour remédier à l'appauvrissement de l'organisme afin de le cuirasser contre l'infection. Les autorités ne devront jamais cacher aux instituteurs la nature véritable de leur affection respiratoire afin qu'ils se soignent et ne détruisent pas par le surmenage leur organisme débile. En effet, beaucoup de ces malheureux, ignorants du mal qui les ronge, continuent à professer aggravant ainsi leur état et propageant des germes infectieux parmi leurs élèves. Il vaut donc mieux prévenir un malade qu'il est affecté de tuberculose respiratoire, susceptible de guérir, et le forcer ainsi à se soigner et à prendre un congé.

Lorsqu'on aura reconnu chez un instituteur la présence des bacilles tuberculeux dans les voies respiratoires, il faudra l'empêcher de reprendre ses classes au moins un an après qu'il sera considéré comme amélioré et même guéri. En même temps qu'aux précautions hygiéniques, on veillera aussi à la cure médico-chirurgicale.

Contre la phtisie laryngée, on a suggéré dans ces derniers temps de nombreux procédés chirurgicaux que certains spécialistes emploient seulement en se fiant à l'autorité de celui

qui les a préconisés. On se gardera en tout cas de l'enthousiasme trop prompt qui accueille les récits de guérisons de tuberculose de la gorge. A notre avis, ce n'est pas aux moyens chirurgicaux ou corrosifs qu'il faut demander un résultat satisfaisant (cautérisations, râclages, préparations chimiques) mais aux remèdes agissant à la surface et à l'intérieur des tissus malades dont ils favorisent la sclérose.

Le temps, ce grand modificateur des hommes et des choses, fait aussi fuir beaucoup d'illusions chez les laryngologistes. Plus le mal est tenace, et plus certains médecins entendent lutter à tout prix contre lui ; rien n'est plus mauvais dans les cas de localisations pharyngo-laryngiennes ; étant donné qu'une intervention radicale énergique peut déterminer des lésions de parties encore indemnes. On sera donc éclectique au point de vue du traitement.

La tuberculose primitive, localisée au pharynx et au larynx, peut avoir une marche destructive ou sclérosante qui se traite dès le début par des moyens énergiques et radicaux ; il est clair que l'abrasion des tissus constitue un mode d'infection facile, tandis qu'une méthode douce favoriserait la cicatrisation. On ne pourra nous objecter que ce système aide au développement de la maladie, attendu qu'on sait aujourd'hui que *la tuberculose véritable est plus facile à prévenir qu'à guérir* ; aussi, en dépit du respect dû aux noms de Heryng, Krause, Schmidt, Gouguenheim, etc., nous ne les suivrons pas sur ce terrain, étant persuadés que la cure chirurgicale aide à la propagation des bacilles.

Aussi devra-t-on repousser au début de la maladie tout traitement gênant l'évolution fibreuse des infiltrations et des altérations tuberculeuses, afin de ne pas nous écarter du but que nous voulons atteindre, consistant à obtenir la cicatrisation. On ne se servira pas davantage des remèdes locaux ou des injections dans les tissus malades, qui provoquent des eschares, attendu que dans 90 % des cas, sans avoir détruit un foyer bacillaire, on risque de leur frayer le chemin des tissus voisins. Nous n'emploierons donc jamais le curettage dans les premières manifestations locales tuberculeuses des voies respiratoires et surtout de la glotte.

Puisque, sans le vouloir, j'en suis arrivé à discuter les modes de traitement, j'ajouterai que de nombreux spécialistes après avoir anesthésié complètement la muqueuse laryngienne ont recours à toute la série des caustiques chimiques (acide chromique, nitrate d'argent, perchlorure de fer, chlorure de zinc, etc.) et de préférence à l'acide lactique. Depuis plus de 10 ans, j'applique avec persévérance à la Clinique du Prof. de Rossi, l'acide lactique contre les ulcérations tuberculeuses du larynx, en suivant scrupuleusement la technique préconisée par Krause, Jellinek et Heryng, et je m'associe à mon confrère Masini, de Gênes, pour déclarer ce procédé inefficace. Outre que l'acide lactique n'est pas un caustique puissant, sa valeur antiseptique est très sujette à caution.

Massei a dit : « La longue liste de méthodes curatives et de remèdes proposés pour guérir la phtisie laryngée prouve les difficultés contre lesquelles on se heurte » ; ces difficultés semblent d'autant plus grandes au spécialiste consciencieux lorsqu'il se trouve en présence d'une lésion laryngienne tuberculeuse primitive. Nous décrirons maintenant notre ligne de conduite, sans avoir la prétention d'émettre des idées nouvelles, mais dans le but de recommander une thérapeutique assez efficace et non agressive. Le diagnostic de la tuberculose laryngienne a toujours été établi sur la base de l'examen bactériologique des sécrétions et des fragments extraits de la cavité glottique. En général, nous employons un instrument spécial de notre invention (fig. 1) qui se prête bien à l'abrasion des végétations ou parcelles de tumeurs endo-laryngiennes. Il affecte la forme olivaire du porte-caustique endo-laryngé de de Rossi, dont il diffère en ce que l'olive est vide latéralement, antérieurement et postérieurement, et qu'il manque un segment de paroi du côté où on veut qu'il agisse ; en même temps, le bord de la paroi subsistant de ce côté est légèrement crâné. On introduit sans difficulté l'instrument dans le larynx et quand on le retire il détache les végétations qu'il rencontre et qui vont tomber à l'intérieur de l'olive. Ainsi on est sûr de ne pas léser les parties saines, ce qui arrive parfois avec les pinces, et d'empêcher les fragments de tissu de choir dans l'arbre respiratoire.

Mettant de côté les prescriptions relatives à la prophylaxie, à l'hygiène et au traitement interne dont nous ne parlerons pas ici, nous exposerons succinctement la technique opératoire en usage au début de la phtisie laryngée. Sans insister

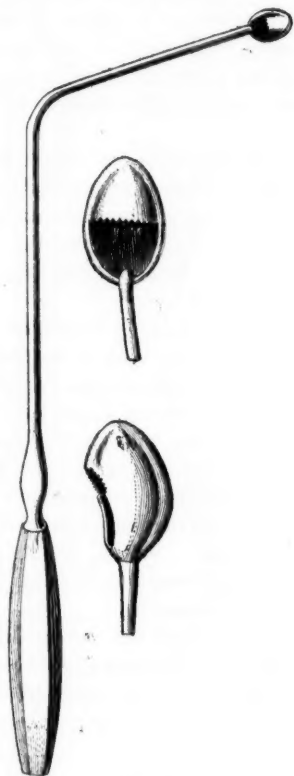


Fig. 1.

sur la nécessité de l'antisepsie la plus scrupuleuse, il faut beaucoup de patience tant de la part du malade que du chirurgien. On recommandera toujours les gargarismes ⁽¹⁾, ainsi

(¹) Hydroquinine 2 grammes, eau distillée 100 grammes, pour un

que les lavages du nez ; on préconisera aussi des irrigations du larynx au moyen de longues canules métalliques dont l'extrémité recourbée sera portée derrière l'épiglotte, tandis qu'on projette le liquide avec une seringue ou une poire de caoutchouc.

Il faut ensuite anesthésier le larynx et le pharynx par divers procédés ; nous employons de préférence une solution d'holocaïne très bien tolérée par les malades ; elle contracte moins la muqueuse que la cocaïne et permet d'intervenir plus profondément.

Parmi tous les médicaments servant au traitement de la tuberculose laryngienne après une période d'abandon non justifié, je suis revenu à une solution saturée d'iodoforme dans l'éther sulfurique. On évite ainsi les eschares et par suite des désordres dans les tissus infiltrés permettant aux bacilles de se développer.

Après anesthésie complète de la muqueuse laryngée, nous introduisons dans la glotte un tampon imbibé d'une solution d'éther iodoformé en ne négligeant pas de frotter énergiquement le point infiltré et ulcéré du larynx. Si l'infiltration est très étendue et qu'à l'examen laryngoscopique on découvre des végétations, nous pourrons avec notre instrument ou à l'aide de celui de Geronzi⁽¹⁾ qui est plus fort (fig. 2), râcler la zone affectée avant d'introduire l'ouate trempée dans la solution d'éther iodoformé.

On ne peut toutefois affirmer que ce traitement agisse toujours sur la tuberculose laryngée.

Nous nous demandons quels sont les spécialistes ayant obtenu un résultat positif avec le phénol sulfo-riciné (30 % selon la formule de Ruault) ou la solution d'éto-krysos dans l'éther contre la tuberculose naso-laryngo-pharyngienne. Après

gargarisme. Menthol 10 ‰, acide thymique salicylé 5 ‰, eaux aromatisées spéciales 50 grammes : 15 à 20 gouttes dans un verre d'eau tiède pour un gargarisme.

Menthol 10 ‰, Acide phénique 5 ‰. Eaux aromatisées spéciales 50 grammes pour un gargarisme.

⁽¹⁾ GERONZI. — Nuovo strumento per la laringe (*Boll. della Soc. Lancia* *romanadi Roma*, anno XIX, fasc. 1.

une observation consciencieuse, il est facile de se convaincre

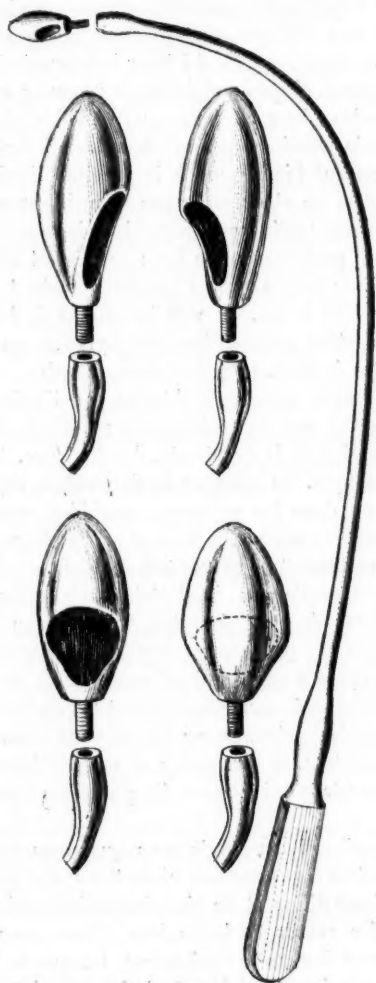


Fig. 2.

qu'il était inutile d'abandonner l'éther iodoformé. Il en est de même du menthol, de l'acide lactique et du chlorure de zinc ; lorsqu'on a expérimenté ces médicaments pendant quelque temps dans une clinique, on s'aperçoit aisément qu'ils sont inefficaces ou dangereux. Seul l'éther iodoformé résiste encore comme topique et si quelquefois on le repousse c'est à cause de sa mauvaise odeur ou parce qu'il a été véhiculé dans la glycérine ou la vaseline liquide et non dans l'éther.

En mélangeant l'iodoforme à la vaseline liquide ou à la glycérine, nous ne choisissons pas le meilleur moyen pour que le médicament agisse et pénètre dans les tissus, tandis que l'éther remplit parfaitement ce but ; ce fait est démontré, en ce que plusieurs heures après l'introduction du tampon dans le larynx ou dans le nez, on voit la surface de la muqueuse parsemée de petites granulations porphyrisées, qui ne cèdent ni aux quintes de toux, ni quand on se mouche.

Les plus grands avantages obtenus par l'action locale de l'éther iodoformé sont un soulagement manifeste chez les malades, la cessation de la dysphagie, des douleurs. Au point de vue thérapeutique, on observe la disparition rapide des bacilles de Koch dans les processus morbides catarrhaux ou phlogistiques de la muqueuse naso-pharyngo-laryngienne qui ne sont pas nettement de nature tuberculeuse.

Une grande partie des institutrices observées par moi étaient atteintes de cette dernière forme qu'on ne saurait mieux désigner que par le terme de *pseudo-tuberculose locale*. Dans ces cas après avoir appliqué avec succès le traitement par l'éther iodoformé, nous cherchions à combattre les lésions naso-pharyngo-laryngiennes par les moyens appropriés. Les résultats furent très encourageants et me décidèrent à entreprendre la cure de la tuberculose des premières voies respiratoires.

Il faut bien s'expliquer sur le sens que nous attribuons à ces états invétérés et graves avec ulcérations profondes accompagnées d'œdème diffus et de chondro-périchondrite et même de nécrose des cartilages laryngiens. Nous avons la plus grande confiance dans notre traitement, lorsque la lésion tuberculeuse laryngienne est bornée à des excoriations ou des

ulcérations superficielles de la membrane interaryténoïdienne, à des granulations des cordes vocales ou à de petites ulcérations de la muqueuse revêtant les aryténoïdes.

Pour obtenir, sinon la guérison complète, du moins une amélioration positive, il est nécessaire d'être aidé par une bonne hygiène, l'hypernutrition, le repos de l'organe, en un mot par tous les adjuvants nécessaires pour combattre ce terrible fléau.

Il ne nous appartient pas de juger la valeur de la sérothérapie et de divers remèdes, parmi lesquels figurent les inhalations de vapeur d'hygazale préconisées par Cervello (¹). Nous ferons remarquer seulement que la méfiance manifestée contre la sérothérapie est encore plus accusée à l'endroit des inhalations. Laissons la parole à Cervello : « Jusqu'ici, dit-il, je n'ai pas eu occasion d'expérimenter sur des malades affectés de phthisie laryngée primitive, mais j'ai remarqué que les cas secondaires aux lésions pulmonaires n'étaient pas sensiblement influencés. Dans certains cas, les phénomènes laryngiens ont survécu aux accidents pulmonaires et jamais je n'ai observé leur disparition complète. »

Quant au traitement iodoformé pratiqué sur une large échelle à la Clinique et sur un terrain plus restreint parmi les institutrices, il m'a fourni d'excellents résultats. Sur 20 malades, 5 présentant des lésions exclusivement nasales guérissent. Le reste comprenait 7 cas localisés au larynx ou au pharyngo-larynx ; deux se montrèrent réfractaires à notre traitement, mais il existait simultanément des lésions pulmonaires fort étendues et dans un cas l'infiltration tuberculeuse diffuse de l'orifice glottique était accompagnée d'œdème chronique avec phénomènes de sténose ; on proposa la trachéotomie qui fut repoussée.

Cette étude laisse beaucoup à désirer, mais j'ai désiré uniquement attirer l'attention des hygiénistes et des spécialistes sur ce sujet.

On devra toujours rechercher la tuberculose qui se mani-

(¹) CERVELLO. — Sulla cura della tubercolosi pulmonare (*Com. alla R. Acad. di Sc. Med. di Palermo*, 29 avril 1899, p. 22).

feste sous une forme insidieuse dans la gorge des instituteurs par suite des mauvaises conditions hygiéniques de nos écoles et des habitudes qui y règnent. On remarquera aussi le rapport existant entre le total des tuberculeux et celui des professeurs.

Les spécialistes devraient élever la voix pour tirer de leur torpeur les autorités et les hygiénistes appeler leur attention sur les foyers infectieux constitués par les écoles.

Tel est le grave problème d'hygiène sociale auquel doivent s'intéresser les laryngologistes, attendu qu'il concerne la société tout entière.

IV

UN CAS DE LARYNGECTOMIE TOTALE POUR SARCOME LARYNX ARTIFICIEL EXTERNE

Par **N. TAPTAS**, spécialiste pour les maladies des oreilles, du nez et du larynx, à l'hôpital International de Saint-Georges à Constantinople.

M^{me} Peprone Saatjian, arménienne, âgée de 46 ans, se présente à mon cabinet au mois de mai dernier, portant une canule trachéale. Elle me raconte qu'elle souffrait d'un enrouement depuis 3 ans 1/2, compliqué ultérieurement d'une certaine gêne de la respiration qui alla en augmentant, à tel point, qu'il y a 8 mois, elle dut être trachéotomisée à l'hôpital arménien de notre ville. Depuis elle porte une canule trachéale.

Lors de mon examen, elle se plaint de douleurs atroces au cou et à la gorge et d'impossibilité d'avaler même les liquides.

Une odeur fétide s'exhale de sa bouche et de l'orifice trachéal. A l'intérieur on ne remarque rien de particulier; le volume du larynx paraît un peu augmenté, mais on sent bien les bords postérieurs du cartilage thyroïdien. Les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés. La peau au-dessus de la canule trachéale est un peu rouge et tendue mais j'attribue ce détail à l'irritation de la plaie trachéale par les crachats.

Par la bouche, avant même de presser sur la langue on constate la présence d'une tumeur ronde d'un gris sale, originaire du pharynx inférieur et remplissant complètement le fond de la gorge. Avec l'index, introduit autour de la tumeur, on ne peut constater aucune continuité entre elle et les parties voisines. Cet examen provoque quelques nausées qui font rejeter des morceaux de tumeur sphacelée. La malade dit en avoir rejeté plusieurs depuis quelque temps. En enlevant la canule trachéale on constate que la tumeur envoie des prolongements d'un bleu noir et exhalant une odeur fétide, jusque dans la trachée, assez bas pour

que leur limite inférieure soit inaccessible par l'orifice trachéal.

La malade se trouve dans un état de cachexie avancée, tant par l'inanition consécutive à l'obstacle opposé par la tumeur à la déglutition, que par les progrès de sa maladie.

Devant ces symptômes j'avais immédiatement pensé à un sarcome du larynx. L'examen microscopique fait par M. le Dr Gabriélidès, oculiste de l'hôpital français de Constantinople, confirme d'ailleurs qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes et puriformes.

J'avais dès le début proposé de faire une thyrotomie pour enlever la tumeur seule, ou, selon les circonstances, avec une partie ou la totalité du larynx. Le mari de la malade n'accepta l'opération qu'un mois après. A ce moment la tumeur, irritée d'ailleurs par les interventions tentées dans le but d'enlever un fragment à examiner et d'en déterminer exactement le point de départ, fit de nouveaux progrès. En effet, non seulement du côté de la bouche les morceaux enlevés se reproduisirent, mais de plus, en avant, elle perfora la peau faisant issue au-dessus de la canule trachéale, à l'intérieur. Sur cette partie, la peau, ulcérée au centre, constituait un col arrondi, mince et décollé, entourant la tumeur de la dimension d'une grosse noix en forme de chou-fleur rouge foncé et couverte de pus ichoreux.

En présence de la progression de la tumeur qui dénotait sa nature maligne je m'empressai de faire part au mari de la malade de la gravité de la situation et de la nécessité inéluctable de l'extirpation complète du larynx, au cas où l'on voudrait intervenir. Celui-ci ayant accepté l'opération, je la pratiquai le 3 juin dernier sous anesthésie chloroformique.

La canule trachéale ayant été remplacée par une canule de Trendelenburg je fis une incision verticale de la peau commençant en haut un peu au-dessus de l'os hyoïde sur la ligne médiane et se terminant en bas à l'orifice trachéal préexistant. Des incisions latérales perpendiculaires à l'extrémité inférieure de l'incision verticale de 3 centimètres, chacune donna à mon incision la forme d'un T renversé (L). Après décollement de la peau des deux côtés et incision des parties environnant la tumeur, je sectionnai des deux côtés les muscles sternocléidothyroïdiens et sternothyroïdiens le plus loin possible de la tumeur qui occupait la ligne médiane. Cette section faite au bistouri, je séparai à l'aide de la sonde cannelée et du doigt le larynx des parties latérales que j'écartai avec des écarteurs de Farabeuf et je déchirai avec le doigt et la rugine les insertions laryngées du muscle constricteur

inférieur du pharynx. Une fois le larynx dégagé des deux côtés, introduisant mon doigt entre l'œsophage et la trachée, je coupai cette dernière sur mon doigt avec les ciseaux. Alors saisissant le larynx d'en bas avec une forte pince de Kocher, à dents de souris et le tirant en haut, je le détachai avec le doigt de la partie postérieure de la muqueuse pharyngienne. De cette manière il restait suspendu par en haut, attaché à l'os hyoïde en avant et à la paroi antérieure du pharynx au niveau des cartilages aryénoïdiens en arrière. Je le séparai d'abord en arrière ; ensuite, mettant deux pinces de Kocher sur les artères laryngées supérieures je le détachai ainsi de l'os hyoïde en laissant en place l'épiglotte divisée au niveau de son pédicule.

Je sortis ainsi le larynx entier avec une tumeur s'étalant au dehors du vestibule laryngien sous forme de prolongements lisses et arrondis dont l'un de la grosseur d'une mandarine remplissant le pharynx vers la bouche, le second tombait derrière les cartilages aryénoïdes sur l'entrée de l'œsophage qu'il obstruait. Un autre prolongement dirigé vers la trachée fut détaché pendant l'opération. Le point d'implantation de la tumeur se trouvait dans l'angle rentrant du cartilage thyroïdien dans toute sa hauteur. De là elle envoyait les prolongements décrits plus haut ; de plus traversant le cartilage thyroïdien vers sa face externe elle formait la saillie ou chou-fleur qui avait perforé la peau et se montrait à l'intérieur.

Après l'ablation du larynx je tamponnai l'œsophage avec de la gaze stérilisée et je fis l'hémostase définitive en écrasant les vaisseaux pincés au cours de l'opération.

L'hémostase primitive avait été des plus faciles ; l'hémorrhagie fut insignifiante.

Après l'hémostase définitive, j'enlevai la canule de Trendelenburg pour examiner la trachée. Celle-ci, adhérente aux parties ambiantes et à la peau à la suite de la trachéotomie antérieure et ayant perdu cette fois les premiers anneaux au niveau desquels la canule trachéale avait été placée, restait largement béante au niveau de la fossette sus sternale à 2 ou 3 centimètre au-dessus du bord du sternum. Ses parois examinées attentivement étaient normales.

Après l'incision de quelques fragments cutanés et musculaires immédiatement voisins de la tumeur, et la constatation que je fis confirmer par les assistants qu'il ne restait rien de suspect tant dans le champ opératoire qu'aux ganglions correspondants, je fermai la plaie.

Ce temps de l'opération est un des plus importants car c'est de lui que dépendent les suites de l'intervention. Le but que je me suis proposé était d'empêcher toute communication entre la cavité bucco-stomacale et la voie aérienne, tant pendant les jours consécutifs à l'opération que par la suite, lorsque la malade s'alimenterait par la bouche. Pour y arriver, après avoir réuni à l'os hyoïde le pharynx en haut et supprimé ainsi la voie stomacale, je fermai la plaie musculo-cutanée au-dessus de l'orifice trachéal par quelques points de crin de Florence séparés, placés profondément et traversant la peau, les muscles sous-jacents et la couche musculaire de la paroi antérieure de l'œsophage. La partie inférieure de la plaie correspondant au niveau de la réunion du pharynx à l'os hyoïde fut tamponnée simplement à la gaze iodoformée.

Je crus nécessaire de laisser béante la plaie cutanée au niveau de la suture pharyngienne pour éviter que la salive qui passe, au cas où, comme cela m'est arrivé d'ailleurs, cette suture se défait en partie, n'injecte la plaie inférieure. Il faut de plus pour la suture de la partie inférieure de la plaie, introduire le fil dans la peau, les muscles sous-jacents ainsi que la paroi antérieure de l'œsophage, car, autrement, si on réunit seulement la peau, il se forme en arrière, vu l'absence de la masse laryngienne, une cavité creuse qui suppure et peut infecter les bronches.

Ma malade fut alimentée pendant les trois premiers jours par des lavements nutritifs. A partir du quatrième jour elle prenait du lait avec des œufs, du vin et du café toutes les 2 ou 3 heures, à l'aide d'un cathéter urethral n° 20 introduit par l'une des narines chaque fois qu'elle voulait manger. C'est ma pratique toutes les fois que je dois recourir à l'alimentation par la sonde (dysphagie dans les intubations ou paralysie pharyngolaryngée chez les trachéotomisés), la sonde à demeure n'étant pas acceptée par les malades. D'ailleurs l'introduction par le nez est très facile pour les garde-malades et dans les cas de laryngectomie la fausse route est impossible.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes. Aucun choc opératoire, aucune élévation de température. Une seule fois la température atteignit 37°5, elle oscille entre 36 et 37°.

La partie inférieure de la plaie qui avait été saturée fut réunie par première intention. La plaie du pharynx ne se réunit qu'en partie. Il s'y forme une fistule salivaire prévue, je renouvelle tous les jours le tampon sur cette partie de la plaie. La fistule se ferme petit à petit et au bout de quatre semaines il n'en restait plus

qu'un petit orifice que je maintins ouvert pour la prothèse laryngienne que je voulais appliquer.

De la façon que je viens d'expliquer l'ouverture trachéale étant dès le début strictement réparée, toute infection bronchique, soit par le pus de la plaie, soit par la salive ou les aliments est complètement écartée. L'opérée est dans les conditions d'un simple trachéotomisé et si la trachéotomie a été pratiquée d'avance comme dans mon cas, rien n'est changé pour la laryngectomie dans ces conditions de vie. Si la plaie suppure un peu comme cela ne peut manquer d'arriver on essaye par des tamponnements quotidiens ou biquotidiens par la partie supérieure de la plaie laissée ouverte, d'empêcher l'introduction du pus dans les bronches jusqu'au moment où la réunion au-dessus de l'ouverture trachéale étant survenue, la trachée se trouve séparée du reste et par conséquent garantie contre toute infection.

Ce n'est que quelques jours après mon opération que j'ai eu des renseignements sur l'intervention qui avait été pratiquée 8 mois auparavant sur ma malade. Mon confrère Ananian, professeur à l'école supérieure de médecine de Constantinople, me raconte qu'ayant été appelé d'urgence auprès de la malade pendant un accès de dyspnée, il la fit transporter à l'hôpital arménien où on pratiqua la trachéotomie et 48 heures après la thyrotomie médiane et on enleva une tumeur de la dimension d'une noisette dont on ne fit pas l'examen microscopique. Un mois après M. Ananian ayant examiné la malade, constata que la tumeur s'était reproduite. La malade, portant une canule trachéale demeura encore quelque temps à l'hôpital puis on la renvoya. Cet historique explique pourquoi la tumeur, tout en se développant par sa surface intralaryngienne, en envoyant des prolongements libres vers le pharynx et la trachée, se porta ainsi en avant entre les 2 lames du cartilage thyroïde.

Je passe maintenant à mon larynx artificiel. Suivant toujours le plan que je m'étais tracé de maintenir l'orifice trachéal aussi indépendant que possible de la cavité buccale, je me décidai à placer le larynx artificiel à l'extérieur, comme on le voit sur la photographie ci-jointe.

Ce larynx (fig. 1) se compose de 2 parties, l'une trachéale, l'autre pharyngienne. Les deux sont réunies entre elles par un tube en caoutchouc flexible, afin de faciliter les mouvements de flexion et d'extension du cou. La partie pharyngienne

petit tube de même métal, dont une extrémité traverse l'orifice cervical ménagé au-dessous de l'os hyoïde et porte une soupape permettant le passage pharyngien de l'air, tout en empêchant le recul des liquides (salive, etc.). Je me suis procuré chez M. Collin à Paris, la soupape (fig. 2 B) de caoutchouc qui est mieux tolérée et n'entrave pas la déglutition. A l'autre

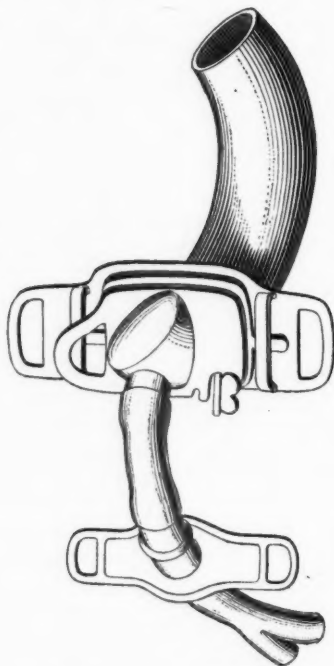


Fig. 1. Le larynx artificiel dans son ensemble.

extrémité du tube, l'extrémité externe est recourbée en bas et destinée à recevoir l'embout en argent terminant en haut le court tube de caoutchouc qui relie les deux parties du larynx. Cette portion du larynx est maintenue par deux rubans attachés aux deux extrémités de la plaque et liés derrière les oreilles

ou la nuque. La partie trachéale du larynx n'est autre chose qu'une canule à trachéotomie, dont la canule interne dépasse en avant de près de deux centimètres la plaque mobile de la canule externe et porte un petit tube d'argent par lequel elle se relie à la partie pharyngienne de l'appareil (fig. 2 D).

Le malade porteur de cet appareil, respire par l'orifice

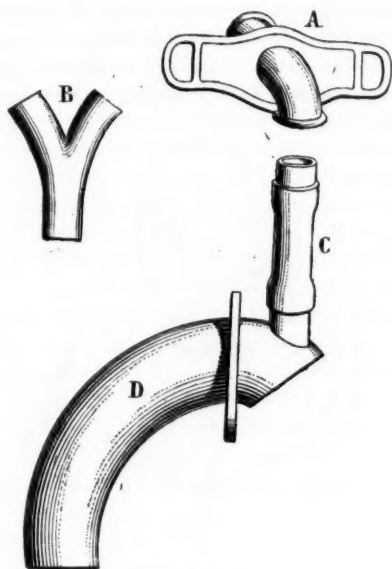


Fig. 2. Montrant les différentes parties du larynx.

A. Partie pharyngienne.

B. Soupape intrapharyngienne.

C. Tube en caoutchouc reliant la partie pharyngienne à D la partie trachéale du pharynx.

D. Canule interne de la partie trachéale du larynx.

externe de la canule trachéale, comme un simple trachéotomisé, et lorsqu'il veut parler il n'a qu'à mettre son doigt sur cet orifice pour faire passer l'air par le tube en caoutchouc et la partie pharyngienne de l'appareil à la bouche. Lorsque la

(fig. 2 A) se compose d'une plaque d'argent traversée par un canule trachéale interne s'obstrue par des crachats, on n'a qu'à la retirer avec le tube en caoutchouc (fig. 2 D et C) et à la nettoyer avant de la remettre en place.

Je ne pus appliquer ce larynx qu'un mois et demi après l'opération, car un fil de suture profonde, ayant traversé sans doute les parois de l'œsophage, il s'était produit une légère fistule faisant communiquer celui-ci avec l'extérieur au niveau de l'orifice trachéal, de manière que lorsque la malade prenait de l'eau ou du lait quelques gouttes de liquide passaient par cette fistule et tombant dans la trachée provoquaient la toux.



Fig. 3.

Cette fistule ne s'oblitéra que la sixième semaine et c'est alors que je pus appliquer mon larynx.

Avant même l'application du larynx je dois signaler un fait déjà observé, que ma malade malgré l'absence du larynx pouvait émettre quelques mots. Ce phénomène peut être attribué à l'air emmagasiné dans la bouche, mais je crois que les gaz stomacaux chassés par des contractions brusques du diaphragme n'y sont pas tout à fait étrangers.

Une fois le larynx placé, bien avant même l'occlusion de l'orifice interne, on comprenait facilement la malade. Il parait que l'air de l'extérieur, aspiré par les mouvements de la bou-

che et du pharynx, passait en quantité suffisante, bien que minime, pour donner une certaine intonation aux mouvements de la bouche et des lèvres et rendre les mots complètement compréhensibles. D'ailleurs la partie de la canule interne qui porte le tube en caoutchouc étant recourbée en bas une partie de la colonne d'air expirée ne peut qu'être engagée vers ce tube pour arriver de là à la bouche. Lorsque le malade bouchait avec son doigt l'orifice externe de la canule, tout l'air pulmonaire étant chassé vers la bouche il se produisait une voix chuchotée très forte.

Avec ce larynx le malade avalait très bien, sans que la moindre trace de salive ou d'aliment pénétrât dans la partie trachéale. A peine si un peu de salive ou des liquides traversaient, à côté de la canule pharyngienne, l'orifice sous-hyoïdien, mais ils étaient absorbés par une cage aseptique et ne pouvaient arriver jusqu'à la trachée pour provoquer la toux ou infecter les bronches, d'ailleurs on pouvait placer autour de ce tube un anneau en caoutchouc mou et rempli d'air de manière à provoquer une adaptation parfaite et éviter le suintement des liquides. J'en étais là, très content du résultat obtenu lorsqu'une récidive de la tumeur à gauche de la plaie opératoire cicatrisée, et partant de la masse du muscle sternocléido-hyoïdien, vint troubler les suites de mon opération et me forcer à abandonner ma prothèse.

En quelques jours des bourgeons apparurent vers l'orifice trachéal et leur développement fut si rapide qu'en moins de 15 jours une tumeur de 6 centimètres de diamètre apparut au-dessus de l'orifice trachéal.

Lors de la récidive j'avais pensé à une nouvelle intervention mais devant son résultat douteux et espérant une survie plus longue sans intervention, je m'en suis abstenu. Aujourd'hui je suis convaincu que la malade ne vivra plus longtemps, mais devant les nouveaux progrès de la tumeur toute intervention est devenue impossible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Londres, 8-12 août 1899.

Compte-rendu par le Dr L. BAR, de Nice (1).

28. G. CONNAL (Glasgow). — **Sarcome du conduit auditif**(2). — Les tumeurs malignes de l'oreille sont rares, mais pourtant le sarcome se rencontre plus fréquemment que le cancer. En parcourant les statistiques de l'hôpital spécial pour les affections auriculaires de Glasgow, l'auteur a constaté qu'au cours de ces douze dernières années, sur environ 15 000 malades, on comptait 6 cas d'affections auriculaires malignes, 2 sarcomes et 4 épithéliomas. Plus récemment, en 1896, Asch, en rapportant une observation de sarcome du pavillon, dit qu'il n'a trouvé dans la littérature que 10 cas de sarcomes de l'oreille.

Le premier cas de sarcome, recueilli à Glasgow, a été publié, par Barr, dans le *British medical Journal* (octobre 1897), le second est celui dont il s'agit actuellement.

Ces 2 cas contrastent par la façon dont ils ont évolué. Dans celui de Barr, la masse sarcomateuse était originaire de l'oreille moyenne, il n'existait pas de tumeur externe, et les symptômes pouvaient faire soupçonner l'existence d'un abcès temporo-sphénoïdal.

Chez le malade de Connal, le sarcome débutait dans le conduit auditif externe, la tumeur se développait extérieurement et déterminait une tuméfaction marquée devant et derrière l'oreille.

La malade avait 6 ans ; environ huit semaines avant son arrivée à l'hôpital, sa mère remarqua une petite tumeur, presque indolore, du conduit auditif externe. Le médecin de la famille retira une portion de la tumeur qui récidiva promptement. Une paralysie faciale apparut au bout de sept jours. Pas d'otorrhée.

A l'examen, on voit une masse grisâtre remplissant le méat externe, très sensible au toucher et adhérent à la paroi postérieure du conduit.

(1) Voir les nos de novembre et décembre 1899.

(2) D'après le *Journal of lar., rhin. and otol.*, novembre 1899.

Curettage sous le chloroforme de la masse attenante à la paroi du conduit. On trouve la membrane tympanique détruite et les os de la paroi interne du tympan dénudés. L'état de la malade s'améliora, elle put dormir et s'alimenter, mais au bout d'un mois il y eut récurrence, la tumeur gagna la région mastoïdienne et les tissus voisins de l'oreille.

L'enfant succomba sept mois après sa première visite à l'hôpital. L'autopsie fut refusée.

Par des coupes de la tumeur, on reconnut un sarcome fuséocellulaire avec propagation sous-épidermique.

L'étude des tumeurs malignes de l'oreille est fort intéressante. Le sarcome peut apparaître chez de jeunes sujets à une époque où l'on rencontre souvent des polypes et des granulations du conduit auditif externe dûs à des otites moyennes suppurées négligées. Quand les malades souffrent beaucoup, il faut toujours penser à une tumeur maligne et pratiquer l'examen microscopique ; la violence de la douleur constitue le symptôme prédominant.

29. E. COOSEMANS (Bruxelles). — **Le pouvoir auditif des ouvriers des filatures (Beetlers). Contribution à l'étude de la surdité professionnelle.** — Nous connaissons depuis longtemps l'influence néfaste exercée sur l'organe de l'ouïe par certaines occupations effectuées au milieu du bruit. Parmi ces dernières, nous citerons les ouvriers filateurs, qui travaillent à côté d'une machine (beetling), composée de vingt marteaux métalliques, pesant chacun 100 kilogrammes et frappant 400 coups à la minute. Dans un atelier, l'auteur a vu fonctionner vingt machines de ce genre ; lorsqu'elles sont toutes en mouvement, on compte 160 000 coups à la minute. Le bruit produit rappelle le roulement continu du tonnerre et ébranle tout ce qui se trouve dans le bâtiment.

C. a examiné dix-sept ouvriers, dont quelques-uns, plusieurs heures après qu'ils avaient quitté l'atelier. Tous se plaignaient d'entendre mal sitôt après avoir quitté leur travail, mais l'ouïe revenait graduellement après deux ou trois heures et se rétablissait totalement à la suite du repos du dimanche.

Les ouvriers examinés travaillaient depuis un laps de temps variant de deux à trente-neuf ans, pendant douze heures par jour, et six jours par semaine. Aucun n'était absolument sourd, et même un homme de 61 ans, qui travaillait depuis trente-neuf ans, entendait tout à fait normalement.

Quatorze ouvriers sur dix-sept présentaient diverses lésions nasales, pharyngiennes et auriculaires, et abusaient de l'alcool et du tabac, ce qui prédispose à une diminution de l'ouïe.

L'auteur explique l'inocuité du bruit en question en ce qu'il est continu et non intermittent. Il arrive aux conclusions suivantes :

Tous les bruits ne sont pas nuisibles pour l'audition, à moins que les sujets ne soient prédisposés à des affections auriculaires par l'existence de lésions naso-pharyngiennes ou par des abus invétérés de tabac ou d'alcool ; que le bruit soit intermittent ou relativement très aigu.

30. A. POLITZER (Vienne). — **Sur l'extraction de l'étrier** (résumé de l'auteur). — D'après P. la mobilisation de l'étrier n'exerce qu'une action transitoire sur l'ouïe. Lorsque l'amélioration est durable, c'est le fait de la rupture des adhérences au cours de la mobilisation.

P. a obtenu de meilleurs résultats en séparant, avec un petit bistouri, les adhérences entre les branches de l'étrier et la niche de la fenêtre ovale.

Chez les sourds, l'extraction de l'étrier est basée sur des expériences effectuées sur des animaux. Après qu'on a pratiqué cette ablation sur des oiseaux et des lapins, on remarque que la fenêtre ovale s'obstrue de nouveau par une nouvelle membrane et que les animaux devenus sourds recommencent à percevoir des sons. P. n'a jamais vu d'altérations pathologiques du labyrinthe à la suite de l'excision de l'étrier chez les animaux.

Suivant Blake, Politzer et Knapp, l'extraction de l'étrier n'a aucune valeur dans la *sclérose de l'oreille moyenne*, car, malgré l'opération, la fenêtre ovale est oblitérée par du tissu osseux néoformé.

On ne peut tirer de conclusions définitives au sujet des résultats de l'extraction de l'étrier dans les catarrhes chroniques non purulents avec formation d'adhérences dans la caisse, attendu qu'on possède trop peu de documents sur ce point.

Il existe plus d'observations concernant l'excision de l'étrier dans les otites moyennes suppurées chroniques. Jack, de Boston, qui a effectué beaucoup d'opérations de cette nature, et Panse sont d'avis que l'intervention n'offre aucun danger dans ces cas là. Mais Politzer dit que les succès sont contrebalancés par des échecs et que souvent la surdité s'établit après l'opération. On est dans l'ignorance absolue ou à peu près à propos de l'ablation involontaire de l'étrier au cours de l'opération radicale.

Pour démontrer l'effet de l'opération sur l'ouïe dans les suppurations chroniques, P. rapporte une observation concernant une enfant de 2 ans et demi, chez laquelle on retira, par hasard, l'étrier au cours de l'opération radicale et qui mourut tuberculeuse au bout de quelques semaines. L'auteur put examiner l'oreille aux points de vue histologique et anatomique, et il vit que les granulations de la muqueuse avaient pénétré de la caisse dans le vestibule, à travers la fenêtre ovale, qu'elles remplissaient l'espace sis entre la fenêtre ovale et l'utricule et qu'elles étaient presque accolées à ce dernier. De même, les granulations avaient envahi le canal semi-circulaire horizontal et le limaçon qui portait aussi de nombreuses granulations de la base au sommet dans les deux spirales.

Ce premier cas d'examen histologique consécutif à l'avulsion de l'étrier démontre la possibilité de la propagation de l'inflammation de la caisse au labyrinthe. D'après P., l'extraction de l'étrier n'est nullement indiquée au cours de l'otite moyenne suppurée, mais il croit à l'avenir de cette intervention dans les scléroses consécutives aux otites moyennes. Cette opinion est basée sur quelques observations qui seront publiées ultérieurement.

34. V. UCHERMANN (Christiania). — **Les affections rhumatismales de l'oreille.** — Les affections rhumatismales de l'oreille sont peu connues et semblent rares et U. désire appeler l'attention sur elles. Au point de vue étiologique, on se demande s'il s'agit d'une infection spécifique, ou d'une sorte de pyémie dépendant plus ou moins de microbes pyogéniques ? La caractéristique de la maladie réside dans la tendance à attaquer le tissu connectif (fibreux ou musculaire) et ses cavités endothéliales et à former des exsudats fibrineux et des infiltrations. C'est sous cette forme qu'il atteint les jointures, les muscles, le cœur, la peau, etc. Il est parfois indolore, subit l'action de l'acide salicylique dans les cas aigus et des variations atmosphériques dans les formes chroniques. Il faut grouper tous les cas d'origine rhumatismale qui apparaissent à la suite de refroidissements. Beaucoup de cas, mentionnés par Gradenigo (*Manuel de Schwartze*) parmi les maladies labyrinthiques, appartiennent à cette catégorie.

On différenciera aussi les cas aigus des chroniques. Parmi les premiers, les plus connus sont la polyarthrite aiguë (fièvre rhumatismale), le rhumatisme musculaire aigu et l'érythème noueux ; le rhumatisme musculaire chronique et les affections articulaires appartiennent à la dernière catégorie. Toutes les affections auri-

culaires rhumatismales décrites jusqu'à présent doivent être des complications de fièvres rhumatismales. Ménière (*Rev. mens. d'otol. et lar.*, novembre 1883) cite 1 cas d'otalgie sous forme de violente douleur intermittente précédé, quatre jours auparavant, d'une crise de polyarthrite ordinaire aiguë. Wolff (*Verh. der Otiatr. section der Wiesbadener Naturfors. Versamml.*, 1887) a observé 1 cas similaire, et il ajoute que les articulations des osselets peuvent être affectées. On ne possède donc aucune preuve clinique ou pathologique. Dans les 2 cas, le tympan ne paraît pas avoir été lésé. Moos a observé une surdité apoplectiforme (Ménière) chez un convalescent de rhumatisme aigu avec complication d'endocardite (peut-être embolique). Chez un second malade, on constata divers signes d'hypéresthésie cérébrale avec douleurs d'hyperacousie durant les huitième et neuvième semaines et une dureté d'ouïe dégénérant en surdité totale (*Manuel de Schwartz*, t. I, p. 544). Sur un sourd-muet norvégien, U. observa une affection de l'oreille moyenne et du labyrinthe d'origine rhumatismale (Uchermann, *The Deaf-Mutes in Norway*, vol. I, p. 446).

L'auteur a observé 2 cas où l'affection auriculaire précéda le rhumatisme chez des adultes, l'un chez une femme de 25 ans, rhumatisante, et l'autre chez un homme de 35 ans, également rhumatisant. Tous deux étaient atteints d'otite moyenne aiguë avec injection prononcée du tympan et sécrétion abondante de liquide séreux ou séro-fibrineux et douleurs spontanées ou au toucher se prolongeant après l'ouverture du tympan. Chez la femme, quatorze jours avant le début de la crise rhumatismale, on vit une infiltration sur la paroi postérieure du conduit osseux, envahissant la région tympanique voisine sur l'étendue de la moitié d'un pois, rouge et très sensible. Quant à l'homme, la partie postérieure de son tympan était gonflée, et du même côté il existait une hypertrophie diffuse et de la sensibilité de la cloison nasale cartilagineuse avec érosions catarrhales superficielles. Les oreilles de ces deux malades guérirent huit jours après l'apparition des rhumatismes, par l'effet de la paracentèse et de l'acide salicylique, mais la tuméfaction du septum persista plusieurs mois en entravant la respiration nasale.

Dans d'autres cas, le rhumatisme auriculaire revêt un caractère de chronicité, mais il peut devenir aigu et se terminer fatalement pour l'organe. U. a vu un homme de 30 ans, très rhumatisant, chez qui le rhumatisme de la gorge alternait avec une otite moyenne séreuse bilatérale. Il fallut inciser le tympan à plusieurs reprises ; dans le cas d'otite moyenne séreuse pouvant avoir une

origine rhumatismale, il faudrait essayer le traitement par le salicylate avant d'intervenir chirurgicalement. Chez un malade de 34 ans, vu en février 1895, je notai les symptômes suivants : bourdonnements d'oreille et surdité progressive, pas de vertiges, quelques douleurs rhumatismales. A l'examen, on distingue une petite cicatrice ronde sur le tympan droit ; pas de rétraction. Les deux tympans se meuvent sous l'action de l'appareil de Delstanche. A l'auscultation, l'orifice de la trompe d'Eustache se révèle plus étroit à gauche qu'à droite. La voix est perçue normalement à gauche. Audition nulle pour le n° 64 de la série des diapasons d'Appun (64 doubles vibrations en une seconde) et le sifflet de Galton. Rinne — 5", Schwabach, très restreint (—). A droite, Rinne + 5", Schwabach —. Les diapasons graves sont perçus plus distinctement que les diapasons aigus, on n'entend pas le Galton. Du même côté, la voix parlée porte à une distance de 3 à 4 pouces. Malgré l'administration interne d'acide salicylique et d'iodure de potassium associée au traitement local (sangsues, injections d'iodure de potassium et de pilocarpine, massage Lucæ-Delstanche), au bout de deux mois, la surdité était complète. A la requête du malade, on pratiqua la stapédecotomie à gauche. D'abord, l'étrier sembla immobile, mais on le détacha par des tractions, et on le remplaça immédiatement. Au même moment, survint une crise rhumatismale, le malade eut des vertiges et dut rester étendu ; un an après, on observa un gonflement du sourcil et de la paupière gauche. Une incision fit sortir environ une cuillerée à thé de liquide séro-fibrineux et l'enflure disparut, mais elle récidiva l'année suivante et guérit par le même traitement. En 1898, le malade consulta l'auteur pour un catarrhe sec de l'arrière-nez avec formation de croûtes et perforation considérable de la cloison cartilagineuse, qui résista au traitement ordinaire.

U. arrive aux conclusions suivantes :

1. Le rhumatisme est parfois précédé ou accompagné d'otalgie, avec ou sans tuméfaction et injection du tympan et du conduit osseux et sécrétion séreuse ou séro-fibrineuse de l'oreille moyenne (otalgie, myringite, otite externe, otite moyenne *rhumatismale*) pouvant se compliquer de lésions de l'oreille moyenne et interne (labyrinthe, nerf auditif).

2. Il existe des affections auriculaires rhumatismales indépendantes chez les rhumatisants ; elles apparaissent sous forme d'otite moyenne séreuse, avec exsudat jaunâtre, semi-fibrineux, ou de sclérose secondaire à marche progressive.

3. Dans la forme *aiguë*, on observe de la douleur et une ten-

dance à l'exsudation fibrineuse. Dans les cas *chroniques*, on remarque des altérations de la capsule osseuse et des bourdonnements. L'acide salicylique n'agit que sur les formes aiguës; dans les cas chroniques, le traitement général est préférable.

Discussion.

HARTMANN se souvient d'un malade qui se réveilla complètement sourd après avoir passé dans les bois une nuit froide; peut-être cette lésion était-elle d'origine rhumatismale.

UCHERMANN dit que c'est possible, mais qu'il faut distinguer l'otite moyenne rhumatismale du catarrhe aigu de l'oreille; du reste, les cas d'otite rhumatismale sans manifestations générales sont exceptionnels.

32 E.J. MOURE (Bordeaux).— **Abcès cérébral consécutif à une otite moyenne suppurée aiguë.** — Malade accusant de vives douleurs, des vertiges, mais pas de vomissements ni de troubles de la parole. Température normale. Hémianopsie droite et cécité verbale avec aphasie et amnésie. Le Prof. Pitres diagnostiqua un abcès cérébral au voisinage de la circonvolution courbe.

M. opère le 4 janvier 1899. La mastoïde était bourrée de granulations. Après l'établissement d'une communication entre l'antre et le tympan, on trouve le plancher de l'antre nécrosé et un petit séquestre dur, séparant la cavité du cerveau. Extraction du séquestre, nulle issue de pus, les méninges semblent normales. Ouverture de la portion supérieure du temporal à environ 3 centimètres et demi au-dessus du conduit auditif. L'ouverture crânienne mesurait environ 3 centimètres de diamètre. Incision à travers la dure-mère et la pie-mère, déterminant une légère hémorragie facilement enrayée par la compression. On introduit un bistouri fin à environ 3 centimètres en arrière et en haut dans la substance cérébrale, cette ponction livre passage à une quantité considérable de sang comme si le sinus était largement ouvert. Compression avec de la gaze; mais quand on retire celle-ci, l'hémorragie reparait si profuse qu'il faut interrompre l'opération et de nouveau obstruer l'orifice cérébral avec un tampon de gaze.

Le lendemain, l'état général est bon, le malade s'exprime sans difficulté mais il est paraphasique, la sensibilité est à peu près abolie du côté opposé à la lésion. Parésie du bras droit.

Quelques jours après, on anesthésie à nouveau le malade, on retire le tympan et on constate que les pulsations du cerveau sont normales. Suture de la peau pour éviter une hernie cérébrale et introduction de gaze dans le cerveau.

Le 10 janvier, la sensibilité a reparu, l'état général est bon, pas de fièvre. Moure s'absente quelques jours et on continue à panser régulièrement le malade jusqu'au 15 janvier, à cette date, on trouve le pansement saturé de pus; en effet, l'abcès cérébral s'est vidé à travers l'orifice ménagé dans le cerveau. L'hémianopsie a disparu. Insertion d'un drain de caoutchouc dans la cavité. L'amélioration se maintient jusqu'au 24 janvier, mais à cette date le malade se plaint que le pansement lui comprime la tête, on l'enlève et on trouve une hernie cérébrale de la dimension d'une mandarine tangerine. Le 26 janvier, le malade tombe dans le coma et meurt subitement dans la soirée.

A l'autopsie, on voit que l'abcès s'est ouvert dans le ventricule et a déterminé la mort du malade.

33. S. SNOW (Syracuse, N.-Y.). — **Le pronostic de la surdité catarrhale chronique au xx^e siècle.** — Au cours de ces dix dernières années, l'auteur a vu beaucoup de malades ayant perdu l'ouïe à la suite de catarrhes chroniques et il a conclu, comme un grand nombre de ses confrères, qu'une grande quantité de ces altérations reconnaissent une origine nasale, mais le traitement de l'affection rhino-pharyngienne ne détermine pas toujours la disparition de la lésion auriculaire.

Chez les adultes, dont la surdité remonte seulement à un ou deux ans, on obtient de bons résultats par l'ablation des végétations adénoïdes et le traitement des affections des cornets et de l'ethmoïde, mais il n'en est pas de même quand la surdité date de cinq, dix ou vingt ans et que l'oreille interne et les trompes sont attaquées.

On peut prévenir la surdité catarrhale chronique par des précautions hygiéniques.

Bien que certains malades atteints d'otite moyenne chronique n'accusent pas de lésions nasales, presque toujours l'arrière-nez porte des traces d'inflammation ou d'atrophie. Les malades devront surtout s'efforcer d'éviter les congestions et les refroidissements et alors même les scléreux pourront s'améliorer.

34. G. GRADENIGO (Turin). — **Une nouvelle méthode optique d'acoumétrie.** — Si nous plaçons à l'extrémité d'une des branches d'un

diapason, vibrant avec une amplitude suffisante, une figure telle qu'un triangle, elle apparaîtra plus ou moins doublée. L'image double semblera très distincte, tandis que les diverses parties la composant le seront moins. Lorsque les vibrations diminuent d'amplitude, le champ de la double image s'étend, et, graduellement, les deux images se fondent en une. L'accroissement du champ de la double image correspond à la réduction d'amplitude des vibrations.

Si nous choisissons une figure en forme de V renversé (Δ) blanc sur noir et que nous traçons des lignes transversales formant plusieurs segments, nous obtenons ainsi un indice exact de l'amplitude des vibrations du diapason proportionnée à l'intensité du son.

Les meilleurs résultats sont obtenus avec des diapasons exécutant soixante vibrations par seconde, mais on peut aussi employer des diapasons à deux cent cinquante vibrations.

L'examen avec les sons graves ayant une grande valeur pour l'étude des affections de l'appareil conducteur du son, cette méthode est très utile pour établir leur délimitation.

35. H. J. DADYSETT (Bombay).— Effets des divers remèdes populaires employés par les Indiens dans certaines affections auriculaires (résumé de l'auteur). — Les maladies d'oreilles ne sont pas aussi répandues aux Indes que dans les climats froids. Toutefois, les Indiens, riches et pauvres, souffrent de certains maux dus à l'habitude de dormir dans des lits placés devant les croisées ouvertes. Les domestiques et le peuple couchent sous des vérandas ouvertes et exposées à tous les vents. Aussi, sont-ils fréquemment affectés de myringites et de furoncles du méat et du conduit auditif externe. Depuis sept ans que D. pratique l'otologie à Bombay il a soigné beaucoup de malades et s'est enquis des divers remèdes domestiques qu'ils emploient, tels que huiles simples ou médicamenteuses, jus de plantes, poudres, etc.

1. Bulbe d'*allium sativum* (Garlic). — On le fait bouillir avec de l'huile à manger et quand celle-ci est refroidie on la fait pénétrer dans les oreilles pour atténuer les douleurs causées par la myringite ou les furoncles.

Quelquefois ce remède produit du soulagement, mais dans certains cas, il est plutôt nocif.

II. Huile de sésame ou *tull-tella*. — Employée surtout par les individus de la caste de *Ghatty*, pour ramollir le cérumen qui séjourne dans les oreilles. Les effets sont analogues à ceux de l'huile d'olive ordinaire.

III. *Huile de citrate d'andropogon et huile dhuprel* (consistant en diverses huiles douces avec des aromes employés pour graisser les cheveux).

Les Parsis se servent beaucoup de ces huiles contre la surdité et les bourdonnements. Quelquefois, ces derniers disparaissent sous l'influence du traitement. D. attribue cet effet au ramollissement du cérumen.

En général, on lave l'oreille avec de l'eau après l'introduction de l'huile.

IV. *Huile douce bouillie avec du ptychotisajvan*. — Remède employé par les Mahométans contre les bourdonnements afin d'atténuer la congestion de l'oreille moyenne. L'amélioration est certaine.

V. Jus des pétales des *fleurs de soucis* (*Calendula officinalis*), employé contre la surdité catarrhale. D. n'a jamais vu aucun cas guérir par ce traitement.

VI. Jus des feuilles de *ruta graveolens*, appelé *titab* par les indigènes; assez efficace contre les otalgies.

VII. Jus des feuilles d'*anona squamosa*, connu aux Indes sous le nom d'*Andoos* ou *Sitaful*. Les femmes Wagri l'emploient aux Indes contre diverses maladies. Elles introduisent d'abord le suc dans l'oreille puis, avec un tube de cuivre, elles font sortir des sortes de vers du conduit. Ces pratiques produisent grande impression sur le peuple, mais ces vers ne sont autre chose que des vermicelles. Il est rare que l'on puisse faire sortir de véritables vers, mais les femmes Wagri gagnent leur vie à ce métier.

VIII. Le jus de *pansupari*, injecté dans l'oreille par les Indiens ignorants, appartenant à la caste Ghatty pour atténuer les maux d'oreilles. Ce jus est obtenu par le mélange de la noix d'*areca*, connue sous le nom de *betel* (sapari) et les feuilles du *chawika betel* (pan). On a l'habitude, aux Indes, d'offrir aux visiteurs du *pansupari* comme on propose une cigarette en Europe. Jamais l'auteur n'a vu aucune amélioration par ce traitement.

IX. *Gingembre et oignons*. — Suc frais du Zinzebar officinal, connu sous le nom d'*Adoos* ou *Allium cepa* ou *Kanda*, on l'introduit dans l'oreille pour améliorer les otalgies. Les femmes Parsis l'emploient pour leurs bébés; il réussit quelquefois.

X. Jus des feuilles de *l'ocimum sanctum*, appelé aussi *Toolsi*. Employé avec succès par les Ghattis contre les otalgies.

XI. Jus de *menthe* (*mentha sativa*), dénommé aussi *Phudina*. N'a aucun effet contre le catarrhe sec de l'oreille.

XII. Jus des feuilles ou des fleurs du *jasmin à grandes fleurs*,

appelé *Chumpeli*. Bouilli avec de l'huile douce, il sert dans les otites moyennes suppurées aiguës. D. n'a observé qu'un seul cas où il demeura inefficace.

XIII. Le fruit du *tricosanthes palmata*, dit aussi *kaundala*. On le fait bouillir avec de l'huile de noix de coco et on s'en sert pour enrayer les suppurations auriculaires. Jamais l'auteur n'a vu que son emploi ait réussi.

XIV. Jus de feuilles du *cleome viscosa* ou *tilvus*. Appliqué sans aucun résultat dans les cas d'otorrhée et de surdité.

XV. Jus des feuilles de *datura alba* et de *lys*. Elles déterminent une amélioration transitoire des maladies de l'oreille chez les femmes de la caste Ghatti.

XVI. *Thé*. — Contre les furoncles, on introduit dans l'oreille une infusion chaude de thé qui provoque le même soulagement que l'introduction de l'eau chaude. Le tanin contenu dans le thé agit comme astringent.

XVII. Une cuisse de *paon*, bouillie dans de l'huile de noix, sert dans la surdité catarrhale chronique. Ce remède est préconisé surtout par les *bawas* et *jogis*, une secte d'Hindous, *ermîtes* ou *ascètes*, que l'on croit versés dans l'art médical. D. n'a jamais remarqué nulle amélioration à la suite de ce traitement.

XVIII. *Urine de chat* ou de *nouveau-nés*, introduite dans l'oreille pour atténuer l'écoulement. Souvent cette thérapeutique engendre des abcès tympaniques ou mastoïdiens, qu'il faut ouvrir; en tout cas, on n'observe jamais de guérison.

XIX. *Scorpions morts* bouillis dans de l'huile douce et introduits dans l'oreille, par les femmes de Madras, pour atténuer l'otalgie mais généralement sans résultat.

XX. La *vésicule biliaire* d'un agneau bouillie dans de l'huile douce, qu'on filtre et qu'on fait égoutter encore tiède dans l'oreille. On s'en sert dans la surdité due à l'otite catarrhale sèche. D. a vu deux fois un Borah hakim se servir de cette huile sans succès, au contraire, la surdité augmentait et le malade devait venir consulter le spécialiste.

XXI. *Miel (apis mellifica)*. — Les vieilles femmes s'en servent contre l'otorrhée; elles trempent un bourdonnet d'ouate dans du miel et l'introduisent dans le conduit, mais sans provoquer de mieux durable.

XXII. Le *lait*, surtout celui d'une primipare. On l'introduit dans les oreilles pour arrêter les maux d'oreille des enfants; ce moyen réussit parfois.

XXIII. *Eau de Cologne* employée contre les otalgies par le

peuple indien. Souvent ce remède entraîne des méningites, des abcès mastoïdiens, des otorrhées, etc.

XXIV. *Essence de rose et de jasmin* instillée dans l'oreille contre la surdité catarrhale et l'otalgie, quelquefois avec un succès temporaire.

XXV. *Assafoetida* introduite dans l'oreille sans exercer aucune influence bienfaisante.

XXVI. Poudre de *sepia officinale* dite *summudarfin* et recueillie au bord de la mer aux Indes. Cette poudre est employée dans les cas d'otorrhée, elle dessèche les sécrétions et les Hindous s'en servent communément.

XXVII. Poudre rouge, connue sous le nom de *Kunkun* (poudre rouge tirée du rhizôme du *curcuma longa*). Les Hindous s'en servent pour marquer leur front et les Parsis l'emploient le jour anniversaire de la naissance de leurs enfants en signe d'heureux présage. On insuffle la poudre dans l'oreille otorrhéique au moyen d'une plume. En 1896, D. observa 4 cas dans lesquels l'introduction de cette poudre provoqua des abcès mastoïdiens qu'il fallut ouvrir.

XXVIII. *Melwallas* ou *nettoyeurs d'oreilles*. — Ce sont des Mahométans ou des Chinois qui circulent dans les rues ; offrent de retirer le cérumen de l'oreille à l'aide de deux sondes effilées et fréquemment perforent le tympan. D'habitude, ils emploient de l'huile douce mélangée de teinture de Lavendule (une à quatre gouttes) pour ramollir le cérumen avant l'opération. L'auteur a soigné nombre de perforations causées par ces charlatans ignorants.

36. BRIEGER (Breslau). — **Sur la tuberculose de l'oreille moyenne** ⁽¹⁾. — B... envisage surtout l'otite moyenne tuberculeuse aiguë ; il raconte qu'il a vu évoluer des cas sous la forme d'otite moyenne aiguë ordinaire qui furent reconnus tuberculeux à l'examen histologique. L'auteur dit que l'existence de la tuberculose pulmonaire ne constitue pas une contre-indication absolue de l'opération radicale, mais qu'au contraire une tuberculose incipiente peut être favorablement influencée par l'élimination du foyer purulent de l'oreille.

37. A. H. CHEATLE (Londres). — **Le sinus pétro-squameux**. — Cette communication accompagnée de magnifiques projections se prête peu à l'analyse.

(1) D'après le Compte-rendu donné par le Prof. LUCÆ, *Archiv. f. Ohrenh.*, Bd. 47, h. 3, 1899.

38. VEYRAT, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu et de l'Institution nationale des Sourds-Muets de Chambéry (Savoie). — **Les Injections interstitielles de sublimé corrosif dans le traitement du lupus primitif de la muqueuse nasale.** — V. après le raclage complet avec la curette de Volkmann et les cautérisations galvaniques fait des injections de sublimé dans le tissu sous-jacent et les continue dans les nodules lupiques eux-mêmes aussitôt qu'ils se reproduisent. Il publie 3 cas de guérison complète obtenue après quatre ou cinq séances d'injections interstitielles répétées à vingt-cinq jours environ d'intervalle. Aucune récurrence ne s'est produite depuis plus de deux ans chez ses opérés.

Il termine en ces termes :

« Après ces résultats, je me crois autorisé à conclure que, pour éviter ou pour éloigner le plus possible les récurrences dans les lupus du nez, on devra, après la destruction complète du processus lupique par le raclage et la galvano-cautérisation, seuls moyens qui agissent radicalement, poursuivre, sous la muqueuse et sous la peau, le germe morbide, tant que des saillies bleuâtres, des nodosités molles, révélant les nodules lupiques, reparaitront sur la cloison, sur la peau du nez, ou ailleurs.

Pour cela les injections interstitielles de sublimé corrosif au centième doivent être considérées comme le mode le plus actif pour arrêter la production des bacilles et en débarrasser le terrain contaminé. En relevant en même temps par tous les moyens les forces de l'organisme, la muqueuse nasale, ce terrain si favorable à l'envahissement tuberculeux, deviendra plus résistante et l'économie plus forte dans sa lutte contre l'invasion du parasite.

39. VEYRAT. — **Les améliorations de l'ouïe obtenues par le tympan artificiel dans l'otite moyenne sèche ou sclérose tympanique.** — Il a obtenu des résultats bien appréciables et soutenus contre la surdité et contre les bruits subjectifs dans certains cas, où avaient échoué la myringotomie, la section des plis, la ténotomie du muscle du marteau, la mobilisation de l'étrier et cite trois observations.

Il termine ainsi :

Il n'est pas permis de ne pas utiliser un moyen aussi simple et aussi inoffensif à la portée du patient lui-même, d'améliorer l'ouïe et de diminuer les bruits subjectifs.

Je n'ai certes pas la prétention de le donner comme réussissant invariablement, ni de l'employer comme traitement initial, ni de vouloir le substituer aux délicates et difficiles opérations préconi-

sées et pratiquées souvent avec des succès remarquables, non ; mais il faut savoir s'en servir, lorsque les opérations les plus rationnelles auront échoué, ou ne pourront être pratiquées pour un motif quelconque.

40. J. H. CURSETJI (Bombay). — **Quelques aspects de la pratique otologique aux Indes et en particulier à Bombay.** — (Sera publié).

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du vendredi 40 novembre 1899.

Président : LUBET-BARBON

1. P. BONNIER. — **La pointure acoumétrique.** — B. propose, à défaut d'une notation acoumétrique simple, uniforme et surtout pratique, que l'on relève chez chaque malade en quelques chiffres et suivant un ordre constant : la capacité auditive, 1° par l'air, 2° par contact immédiat, 3° par contact lointain. Ces trois chiffres, ce qu'il appelle la pointure acoumétrique d'une oreille, sont obtenus en quelques minutes pour les deux oreilles, et leur interprétation est souvent plus significative que celles des plus longues notations actuellement préconisées. Elle renferme les épreuves de Weber, de Rinne, de Schwabach, et l'épreuve du genou, en donnant pour les divers modes d'audition, des chiffres comparables, ce qui est indispensable et ce que ne donnent pas les procédés courants. La source sonore employée est le pied du gros diapason de 100 vibrations doubles, qu'il décrit, appliqué soit sur le tube otoscopique, soit sur la mastoïde, soit sur la rotule, et la méthode optique qu'il a recommandée depuis près d'un an permet une lecture rapide et précise.

Le relevé de cette pointure, comparable à celle des gantiers et des bottiers, simplifie beaucoup la notation, sans préjudice des observations complémentaires, infiniment variables.

2. SUAREZ DE MENDOZA rapporte les observations de deux malades atteints de **polypes muqueux**, énorme chez l'un et occupant le cavum avec prolongement, au moment de l'inspiration, vers le larynx, moins volumineux chez l'autre et couché sur le voile du

palais. Ce dernier malade était porteur aussi d'un autre polype dans la fosse nasale gauche.

Les deux malades présentaient des accès de suffocation la nuit ressemblant à des crises d'asthme; mais tandis que chez l'un ces accès pouvaient être attribués à l'action mécanique exercée par le prolongement polypeux vers le larynx, chez l'autre les phénomènes étaient d'ordre réflexe et reconnaissaient pour cause, non la compression de la pituitaire par le polype nasal, mais le chatouillement du voile du palais par l'autre polype.

Le premier malade fut opéré au moyen de la pince à végétations placée avec quelque difficulté, mais qui, par un mouvement de torsion, détacha le néoplasme en bloc. Le second malade fut opéré d'abord de son polype nasal dont la disparition ne modifia pas les crises de suffocation, puis de son autre polype, à l'aide de l'anse froide introduite par le nez. A la suite de cette dernière intervention, les troubles réflexes cessèrent complètement.

Le plus gros des trois polypes que M. S. de M. présente à la société, celui enlevé à la pince à végétations, pesait, une heure après son extraction, 34 grammes.

3. COURTADE. — **Observation de surdi-mutité hystérique chez une enfant de 3 ans 1/2.** — Une fillette de 3 ans 1/2 se fait, en tombant, une blessure au poignet, avec les éclats d'une bouteille qu'elle avait à la main.

Très effrayée par l'écoulement du sang, elle se remet assez vite de son émotion et ne présente rien de particulier dans la même journée, mais le lendemain elle était devenue sourde et muette.

L'examen de l'oreille ne révèle aucune lésion, 8 mois après l'accident; l'indocilité de l'enfant rend l'examen fonctionnel impossible.

L'absence de symptômes cérébraux après la chute, le mode de début de la surdi-mutité, et l'excellence de l'état général permettent de porter le diagnostic d'hystérie.

Les antispasmodiques, l'application de l'eau froide, l'électricité, n'avaient pas encore modifié son état, plusieurs mois après l'examen.

4. SARREMONÉ (de Paris) a suivi deux cas de **névralgies faciales**, à forme très douloureuse et tenace, chez des malades ayant de l'eczéma du conduit auditif externe. Ces malades ont été d'abord

soulagés par le traitement de leur eczéma et la névralgie faciale a guéri en même temps que leur oreille.

Il se demande si cette relation entre ces deux affections est aussi rare qu'il le semble et il y a en tout cas lieu de conclure qu'il serait souvent bon d'examiner l'oreille des malades ayant des douleurs faciales auxquelles on ne reconnaît pas de cause.

5. CASTEX. — **Paralysies faciales opératoires. Causes et suites.**

-- Les paralysies opératoires du nerf facial guérissent souvent après un certain laps de temps. Castex en a observé 4 immédiatement après des interventions diverses (ablation du marteau, mobilisation de l'étrier, évidements pétro-mastoidiens). Toutes ont disparu dans un délai de 3 à 13 mois. Les causes ordinaires semblent être :

a) La section du nerf direct ou indirect par des fissures produites dans le squelette; b) La compression du tronc nerveux dans le canal de Fallope, par du sang, du pus ou de l'ostéite des parois; c) Les altérations du nerf. C. présente ses deux derniers opérés, chez lesquels la paralysie a été totale, sans qu'il en reste de traces visibles. L'examen électrique du nerf a été pratiqué. Il n'y a qu'un peu de réaction de dégénérescence en voie de régression. Le pronostic de cet accident opératoire semble donc peu inquiétant, les moyens thérapeutiques d'usage n'en doivent pas moins être employés.

C. présente un troisième malade atteint de **voix eunuchoïde**. Il s'agit d'un tabétique avéré qui a la corde droite en adduction et contraction permanentes. Il y voit une preuve de l'interprétation qu'il a déjà proposée de certaines voix eunuchoïdes et les attribue à la contracture des cordes, notamment chez les tuberculeux du larynx.

6. DIDSBURY. — **Un cas de volumineuses tumeurs de la base de la langue.** — Il s'agit d'une malade de 50 ans, entrée dans le service du Dr Richelot à Saint-Louis, pour y être débarrassée d'une volumineuse tumeur qu'elle portait sous le menton dans la région sus-hyoïdienne.

Comme depuis 3 mois, la respiration était de plus en plus gênée, avant de pratiquer la chloroformisation, le larynx fut examiné. Il était rempli par de volumineuses tumeurs, arrondies, rougeâtres, s'insérant à la base de la langue et plongeant profondément dans le larynx. La respiration était très gênée. Lorsque

la malade expirait fortement, on voyait les tumeurs soulevées par le courant d'air et paraissant vouloir sortir du larynx.

Leur origine extra-laryngée ne faisait aucun doute.

Trois prises au serre-nœud laryngien amenèrent chacune une volumineuse tumeur.

L'extirpation de la troisième tumeur, plus volumineuse encore que les deux précédentes, rendit le larynx complètement libre et visible dans tous ses détails. Il était normal.

L'amélioration de la respiration fut immédiate.

La malade, ayant donné de ses nouvelles un an après (octobre 1899), n'accusait aucune gêne du côté du larynx, bien qu'il fût resté une quatrième petite saillie semblable d'apparence à celles qui avaient été enlevées mais qui, fort petite lors de la dernière intervention, ne gênait aucunement la respiration.

L'examen histologique très complet, pratiqué par le Dr Dominici, resta indécis sur la nature de la tumeur ; nature tuberculeuse probable mais non démontrable.

7. LICHTWITZ ET SABRAZÈS. — Etat du sang (formule hématologique) chez les adénoïdiens. — Les divers troubles, dus à la présence de végétations adénoïdes chez l'enfant, relèvent, les uns de causes mécaniques, d'autres d'accidents inflammatoires, d'autres enfin de phénomènes purement réflexes.

Les premiers, tels que le nasonnement, le facies adénoïdien, la déformation du thorax, etc., trouvent leur explication dans la sténose nasale. Les accidents inflammatoires expliquent les complications auriculaires, les tuméfactions ganglionnaires. Les accès de toux, le ptyalisme, etc., sont des phénomènes d'ordre réflexe.

Mais il est une manifestation morbide encore inexpliquée, liée à des troubles de la nutrition générale, qui se traduit par un état cachectique spécial « la cachexie adénoïdienne. »

Cette sorte de bradytrophie n'est-elle pas en rapport avec des modifications profondes dans la composition du sang ?

La recherche des formules hématologiques des adénoïdiens montre qu'il existe chez des malades un léger degré d'anémie et de leucocytose ; augmentation du nombre des leucocytes portant sur les grands mononucléés, sur les lymphocytes (lymphocytose) et à un plus haut point sur les éosinophiles (eosinophilie), enfin diminution correspondante du nombre des polynucléés neutrophiles.

Dans un travail prochain, les auteurs nous diront si cette for-

mule est spéciale aux adénoïdiens ou bien si elle s'observe dans les obstructions des fosses nasales quelle qu'en soit leur cause et enfin, si cette formule se modifie après l'ablation des végétations.

ET. SAINT-HILAIRE.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 3 novembre 1898 ⁽¹⁾.

Président : Prof. STORCK

Secrétaire : Dr WEIL

1. CHIARI rapporte deux cas de tumeurs kystiques de la région hyothyroïdienne.

a) **Bourse muqueuse infrahyoïdienne.** — F. R. garçon de bureau, âgé de 37 ans, remarqua il y a six ans une tuméfaction de la région laryngienne, qui augmenta de volume. Depuis quatorze jours elle est devenue douloureuse ; le 14 février 1898 elle avait atteint la dimension d'un poing d'enfant et était fluctuante et recouverte d'un épiderme rougi. Du côté du larynx elle est mobile, mais elle remonte dessous l'os hyoïde et y semble fixée. Image laryngoscopique normale.

18 février. — Opération sous le chloroforme. Ablation totale du kyste dont le pédoncule est fixé derrière le corps de l'os hyoïde. Léger écoulement gélatineux. Suture partielle et drainage.

Jusqu'au 24 février la guérison se poursuit normalement à part une vive douleur à la déglutition. La petite fistule du point drainé se ferma le 6 mars par des cautérisations au nitrate d'argent.

A l'examen histologique on reconnut que la paroi du kyste était formée d'une couche externe pauvre en cellules de tissu conjonctif et d'une couche interne de cellules rondes et fuselées. Dans cette couche interne on trouva outre de nombreuses cellules graisseuses beaucoup de vaisseaux dilatés. Pas de revêtement épithélial interne. La cavité kystique renfermait des débris nucléaires et graisseux.

Il s'agissait probablement de l'inflammation de l'hygroma d'une bourse muqueuse sub hyoïdienne.

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.* 8 décembre 1898.

b) **Goi tre kystique accessoire sus-hyoïdien.** — M. K. 27 ans, commis à Vienne, bien portant, fut atteint à la fin de février 1898 d'une tumeur grosse comme une noisette sur la partie gauche du larynx. Comme elle ne disparaissait pas, il vint me trouver le 31 mars et je constatai la présence d'une tumeur ronde grosse comme une noisette, mobile du côté de la peau et du larynx. Elle adhérait à l'os hyoïde et vraisemblablement à la surface postérieure du corps.

Le 1^{er} avril on anesthésie et on sectionne la peau sous l'os hyoïde, on sépare les muscles hyo-sternoidien et hyo-thyroïdien et on tombe aussitôt sur un kyste très tendu.

Au cours de l'opération, la paroi mince éclate et il se produit un écoulement séro-muqueux. Extirpation du kyste jusqu'à la portion postérieure qui a l'apparence d'un léger voile.

Suture partielle des muscles et de la plaie cutanée, introduction de bandes de gaze iodoformée pour le drainage. Guérison complète le 8 avril.

L'examen histologique du kyste qui par places mesurait plusieurs millimètres d'épaisseur, révéla l'existence de ganglions kystiques dégénérés. Comme la glande thyroïde n'était pas visiblement hypertrophiée et n'était nullement en relation avec la tumeur, on conclut à un goître abherrant.

Gruber, Wölfler, Hinterstoisser et d'autres auteurs ont déjà décrit des cas identiques de goître accessoire ; mais chez notre malade, son siège est intéressant, car il avait l'apparence d'un hygroma sus-hyoïdien provenant de la bourse muqueuse.

On sait que Verneuil distingue trois sortes de bourses muqueuses dans la région hyo-thyroïdienne, devant la pomme d'Adam, au-dessous et au-dessus de l'os hyoïde, ici la bourse sus-hyoïdienne était en avant.

Le diagnostic est facile, quand on peut exclure la périchondrite du cartilage thyroïde et les kystes de la glande thyroïde. Dans la périchondrite abcédée, la tumeur est soudée au larynx. Les kystes de la glande thyroïde adhèrent à cette dernière quand il ne s'agit pas d'un goître accessoire. Celui-ci, comme dans le second cas, peut être de même que l'hygroma sus-hyoïdien, fixé sous l'os hyoïde.

C'est seulement l'examen histologique qui fournit le diagnostic exact.

On pourrait aussi songer à une tumeur à ecchinocoques et à l'athérome ainsi qu'au goître néoplasique accessoire dégénéré.

2. CHIARI montre une **tumeur naso-pharyngienne** cylindrique, assez dure, grosse comme une petite pomme qu'il a opérée le 26 octobre dernier avec la pince de Jurasz, n'ayant pu réussir à enserrer le pédicule du polype dans l'anse galvano-caustique. La tumeur était tellement adhérente qu'il fallut employer beaucoup de force pour la retirer. On s'était assuré auparavant par le toucher digital que la tumeur n'avait pas son point d'attache dans le pharynx nasal, mais qu'elle provenait de la paroi externe de la choane gauche ; la surface étant lisse, on reconnut qu'on n'avait pas affaire à un sarcome. Le malade raconta qu'il avait passé, il y a deux ans, 80 jours dans le service de Schrötter et qu'on lui avait enlevé par morceaux une tumeur similaire, ce qui provoquait toujours de violentes hémorrhagies. Aussi, on prépara tout pour le tamponnement de Bellocq. Le tampon de gaze iodoformée avait la dimension de la tumeur pour comprimer sûrement son point d'implantation.

Sitôt après l'arrachement de la tumeur, on observa une hémorrhagie profuse du nez et de la bouche qu'on arrêta provisoirement en introduisant un gros tampon d'ouate dans le naso-pharynx. Cinq minutes après qu'on eut retiré le tampon d'ouate, on pratiqua le tamponnement de Bellocq, au cour duquel parurent seulement quelques gouttes de sang.

Les jours suivants on nota de la fièvre qui atteignit 38,9 le 28 octobre. Douleurs à la déglutition et tuméfaction œdémateuse de la luette ; œdème de la région oculaire gauche.

On enlève le tampon le 29 octobre. Pas d'hémorrhagie. Le nez est complètement libre.

Le 2 novembre, on distingue nettement avec le miroir rhino-pharyngien une partie granuleuse mesurant 1 cm. 5 de long sur 0 cm. 5 de large à la portion postérieure du cornet moyen gauche où la tumeur avait siégé. Chiari croit qu'il s'agissait d'un polype à dégénérescence fibreuse.

L'examen histologique n'est pas encore terminé.

3. HEINDL rapporte un cas de **paralysie récurrentielle guérie** à la suite d'un anévrysme, qu'on reconnut par la radiographie.

Ce cas sera publié *in extenso*.

Discussion.

GROSSMANN. — Quelques confrères doivent se rappeler que j'ai fait une communication à la réunion des Naturalistes à Vienne sur

des accidents laryngiens survenus au cours d'un anévrysme de la cavité thoracique. J'ai fait remarquer alors qu'une paralysie récurrentielle débutant brusquement et disparaissant relativement vite pouvait être considérée comme un symptôme caractéristique des anévrysmes se développant au voisinage des nerfs laryngiens.

Ce qui m'étonne dans la communication de Heindl c'est qu'une excavation de la corde vocale ait disparu en même temps que la paralysie.

Je considère cette excavation comme une atrophie déocloppée à la suite de la paralysie qui ne peut rétrocéder en même temps que cette dernière.

M. HAJEK trouve l'hypothèse de Grossmann, considérant l'excavation d'une corde vocale comme un signe certain de l'atrophie, bien hasardée. Les paralysies des muscles internes dans l'aphonie fonctionnelle, la parésie inflammatoire des cordes vocales, etc., sont associées à des excavations de la corde vocale et souvent de nature passagère, sans qu'on soit en présence d'une atrophie.

GROSSMANN dit qu'il y a un malentendu. *La forme arquée d'une corde vocale n'est pas identique à l'excavation qui se produit au cours de la paralysie récurrentielle.*

HEINDL ne croit pas à une atrophie chez son malade.

STERK dit qu'il doute de l'existence d'un anévrysme, on devra être prudent quant au diagnostic dans les cas de ce genre.

HEINDL répond que d'après Rosenberg et d'autres auteurs, lui et le Dr Kayser (de la clinique de Neusser) qui s'occupe beaucoup de radiographie, ont appris à reconnaître un anévrysme de la branche montante de la crosse de l'aorte. En parlant à haute voix on observe des deux côtés chez les malades une motilité égale pendant la phonation et la respiration.

GROSSMANN. — Quand au cours d'une paralysie récurrentielle nous songeons à un anévrysme, nous devons toujours penser à la clinique qui nous enseigne d'abord que les anévrysmes siégeant à la concavité de la crosse de l'aorte à l'endroit où la coupe horizontale remonte, sont très petits, à peine gros comme des noisettes, et peuvent pourtant provoquer la paralysie récurrentielle et la compression de la trachée et de la bronche gauche, et ensuite que souvent les anévrysmes de l'aorte atteignent une certaine dimension sans qu'on puisse assurer le diagnostic par la percussion et l'auscultation.

En résumé je crois que dans tous les cas de paralysie récurrentielle d'origine inconnue, on pourrait admettre comme seule admissible la cause anévrysmale.

A l'appui de ce dire je rapporterai deux cas. Dans le premier on pensa au début à la présence d'un anévrisme de l'aorte ; mais c'est seulement à l'autopsie qu'on put s'assurer de l'exactitude du diagnostic.

Le second cas concernait un cocher auquel on dut faire la trachéotomie pour une périchondrite syphilitique laryngée. Pendant deux ans il put continuer à exercer son métier, en portant sa canule jusqu'au moment où apparut la gêne respiratoire. Je craignis que l'extrémité inférieure libre de la canule n'eût provoqué une ulcération trachéale et que les granulations n'eussent donné lieu à des troubles de la respiration. Je fis construire une canule plus longue, mais la dyspnée persista.

On pensa alors à un anévrisme comprimant la portion inférieure de la trachée ou une bronche. Le malade fut examiné par plusieurs médecins parmi lesquels Schrötter dans le service duquel il était, et on ne put trouver de signes d'anévrisme. Pendant quatre ou cinq semaines j'ai soulagé le malade en introduisant des sondes œsophagiennes ordinaires à travers la fistule trachéale qui pénétraient jusqu'à la bronche gauche. Au cours d'une de ces dilatactions il mourut étouffé et, à l'autopsie, on trouva un anévrisme de l'aorte plus gros qu'un œuf de poule.

HAJEK repousse la formule diagnostique de Grossmann suivant laquelle les cas incertains peuvent être considérés comme des anévrysmes. Le tabès peut débiter par une paralysie récurrentielle ; et le cancer de l'œsophage quelquefois apparaît aussi sous cette forme.

GROSSMANN espère que tout le monde l'a compris, à l'exception d'Hajek. La règle que j'ai posée ne doit entrer en ligne qu'après avoir épuisé toutes les autres hypothèses.

CHIARI a fréquemment observé à la suite d'extirpation de goîtres des paralysies récurrentielles qui ont guéri en quelques semaines. La compression du récurrent par un goître engendre souvent des paralysies des cordes vocales d'intensité variable, de sorte que le même individu peut être atteint tour à tour de paralysies partielles ou totales et demeurer plusieurs jours sans offrir aucun signe de paralysie. Ce fait est associé au plus ou moins de plénitude des vaisseaux du goître et à l'excitation inflammatoire du goître.

Séance du 4^{er} décembre 1898 (1).

Président : Prof. STÖRR

Secrétaire : Dr BIEHL

1. GROSSMANN. — Le malade que je présente m'a été adressé le 7 octobre dernier, de la clinique du prof. Ed. Lang, pour être examiné au laryngoscope. J'ai observé les faits suivants :

Au milieu du voile palatin, au près de la luette très hypertrophiée et offrant un aspect granuleux, on distingue deux petits enfoncements cicatriciels à bords lisses, qui ne pénètrent pas dans toute l'épaisseur du palais. La sonde ne peut passer. De l'arc palato-pharyngé partent des deux côtés des cordons cicatriciels symétriques vers la paroi postérieure du pharynx, convergeant en arrière sous une forme arquée et rétrécissant la communication entre les cavités nasale et buccale.

Dans le larynx, deux bourrelets remplacent les cordes vocales.

Lors de la phonation, les deux bourrelets se rapprochent, laissant subsister une fissure ovale au milieu de la glotte. A chaque inspiration, les bourrelets s'écartent de nouveau. Les deux cartilages aryénoïdes sont très épaissis, surtout le droit, ainsi que les deux replis ary-épiglottiques. La surface laryngienne de l'épiglotte est recouverte de granulations, à gauche on voit une perte de substance cicatrisée.

Perforation étendue de la cloison. Sur les cornets, tant à droite qu'à gauche, pertes de substance cachées par le pus.

Au cours de l'examen, j'ai appris que le malade âgé de 29 ans, s'était fort bien porté jusqu'à 14 ans, époque du début de son affection.

La mère et un des frères du malade ont eu la syphilis. Je parlerai aussi de l'aspect du visage. Le nez, jusqu'à la racine, ainsi que les deux côtés touchant aux joues, à peu près toute la lèvre supérieure, l'angle droit de la bouche et la portion de la lèvre inférieure du même côté étaient le siège d'une affection caractérisée par la coloration brun rouge de la peau à l'intérieur, une infiltration, des croûtes brunâtres après l'enlèvement desquelles on découvrait une surface ulcéreuse spongieuse saignant facilement. De

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.*, 22 décembre 1898.

plus la peau infiltrée présente de nombreux enfoncements cicatriciels revêtus d'épithélium. L'aile droite du nez semble avoir disparu, la peau qui l'environne est rétractée, la cloison épaissie, couverte de croûtes ; l'aile gauche du nez est également privée de son bord inférieur, épaissie, tuméfiée, infiltrée, en partie recouverte de croûtes.

En un mot nous sommes en présence du type classique du **lupus du nez**, de la joue, des lèvres inférieure et supérieure.

Le malade nous a raconté qu'en Amérique où il habitait jusqu'alors on l'a déjà soigné comme lupique.

Nous avons peu de points de repère pour reconnaître le lupus des voies aériennes supérieures. Chiari dit que la néoformation de nodules sur des cicatrices caractérise le lupus. Depuis plusieurs années je crois aussi qu'une modification analogue au trachôme conjonctival s'observe sur la muqueuse. Mais le diagnostic n'est certain que lorsqu'il est fait d'après l'état de la peau.

Chez mon malade j'avais diagnostiqué une syphilis héréditaire tardive et crus devoir exclure le lupus, me basant sur la rareté des cas de lupus où les ulcérations guérissent et se cicatrisent solidement.

J'ai appris plus tard que le Prof. Lang avait aussi diagnostiqué la spécificité et qu'il avait obtenu un résultat merveilleux par le traitement antisypilitique. Les infiltrations isolées de la surface du nez, des lèvres et des joues ont disparu, les ulcérations ont guéri pour la plupart. L'état du larynx s'est aussi notablement amélioré.

L'issue de la maladie a confirmé mon diagnostic en démontrant qu'il s'agissait de syphilis et non de lupus.

2. EBSTEIN. — **Deux cas de sclérome des voies aériennes supérieures.** — Présentation de deux femmes affectées de sclérome de la muqueuse. L'une, paysanne de 24 ans, offre depuis l'orifice nasal jusqu'à la trachée une suite de symptômes dont depuis trois ans on a suivi les progrès à la Clinique laryngologique. Au premier examen, on observa une infiltration diffuse rétrécissant le larynx qui nécessita la trachéotomie, depuis lors l'infiltration a disparu mais on remarque des nodules. L'entrée du nez est convertie en une sorte de fente cicatricielle brillante très étroite ; le voile palatin est en partie soudé à la paroi pharyngée latérale et traversé par des rayons blancs. Il est presque impossible de distinguer la luette ; la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx est pâle et parsemée d'infiltrations. Dans le pharynx nasal existe

un rétrécissement concentrique des choanes. A la place des ventricules et des cordes vocales, on voit dans le larynx des cordons revêtus d'épithélium. Par suite du traitement la sténose n'est pas très marquée, mais la malade est revenue consulter pour chercher à se débarrasser des croûtes qui envahissent la trachée.

La seconde malade, âgée de 23 ans, originaire de la Pologne russe, présente l'hypertrophie caractéristique des ailes du nez, les infiltrations environnantes et la dureté cartilagineuse au toucher. L'état de l'orifice nasal ne permet pas de pratiquer la rhinoscopie antérieure. Le pharynx offre une apparence intéressante. A la suite d'infiltrations anciennes, de formation de nodules sur les bords des arcades, à la base de la langue et sur la paroi pharyngée postérieure on a observé des atrophies. Le voile du palais forme une masse entièrement soudée à la paroi postérieure du pharynx, de sorte qu'il n'existe pas dans le haut la moindre communication avec le pharynx nasal. On ne voit ni les arcades libres, ni les amygdales qui adhèrent des deux côtés à la base de la langue avec laquelle elles forment une masse. Seul au milieu subsiste un petit espace non soudé, et au laryngoscope, on voit qu'un canal s'étend le long de la base de la langue, d'un blanc brillant, rigide et ayant à peine le diamètre du petit doigt. Plus profondément on distingue l'épiglotte complètement dégagée, les parties normales du larynx. Le naso-pharynx est tellement obstrué que la malade ne peut respirer que par la bouche. L'adhérence de la base de la langue entrave naturellement les mouvements de cette dernière. L'étroitesse du passage entre les portions bucco-pharyngiennes et les parties plus profondes apporte du trouble dans la déglutition.

Séance du 5 janvier 1899 (1).

Président : Prof. STOEERK

Secrétaire : Dr FEIN

1. STOEERK parle de l'**empyème des sinus** et en particulier du sinus frontal, il rappelle brièvement les signes connus parmi lesquels en première ligne figure la céphalée frontale et montre sur des préparations osseuses et des images les modifications anatomiques variables du sinus frontal, le conduit naso-frontal et les difficultés qu'on éprouve pour le sonder, en raison de son étroitesse ou de la

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.*, 26 janvier 1899.

direction anormale ou lorsqu'on est gêné par l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Stoerk fait voir ensuite un instrument très pratique, la scie de Hartmann dont on se sert fréquemment à sa clinique pour exciser l'extrémité antérieure du cornet, et il rapporte des cas de sa pratique où le sondage du sinus frontal a fourni des résultats remarquables après l'extraction d'un fragment du cornet moyen, entre autres chez une vieille femme très faible qui souffrait depuis longtemps de violents maux de tête et était incapable de lire et d'écrire. Malgré l'affaiblissement de la malade, Stoerk s'était décidé à intervenir et il en fut récompensé par un brillant résultat.

STOERK parle alors de quelques malades qui lui ont été adressés de la clinique ophtalmologique parce qu'on craignait des rapports entre les affections orbitaires et les sinusites. Un cas concerne une fillette de 14 ans soignée actuellement à la clinique.

Cette malade lui fut adressée quelques semaines auparavant, elle souffrait déjà depuis six semaines d'une amaurose de l'œil gauche accompagnée de douleurs et d'une forte fièvre. A l'examen, on reconnut que la malade était délicate, pâle, mal nourrie, très faible et qu'elle accusait des céphalées frontales et de violents maux de tête ; température élevée. A la clinique oculistique on constata la perte complète de l'acuité visuelle à la suite d'une névrite rétro-bulbaire.

L'examen du nez était rendu très difficile par une déviation de la cloison. Ablation de l'extrémité antérieure du cornet moyen ; le sondage et les lavages révélèrent une sinusite frontale. L'état de la malade s'améliora mais on ne peut pas espérer de mieux du côté de la vue. Les parents de la fillette la reprirent au bout de quelques jours ; quand elle revint trouver Stoerk, la température s'était relevée, les douleurs intenses avaient reparu, mais comme l'irrigation du sinus frontal ne fit sortir qu'une très petite quantité de pus, on songea à une affection secondaire des cellules ethmoïdales et à la propagation à travers la lame papyracée contre l'orbite. On enleva encore une portion du cornet moyen et on dégagaa les cellules ethmoïdales antérieures. La fièvre tomba et les douleurs rétrocédèrent, mais le pouvoir visuel n'est pas revenu ; toutefois depuis deux jours, la malade perçoit faiblement une lumière qu'on fait passer devant ses yeux.

J'ai observé récemment un cas aigu qui s'améliora à la suite du traitement. Il s'agissait d'un homme souffrant depuis trois jours de fièvre, céphalée frontale, œdème violent et inflammation des paupières avec abaissement de l'acuité visuelle. Les oculistes dia-

agnostiquèrent une névrite du nerf optique attribuée à une sinusite. Sondage des sinus frontaux sans ablation préalable d'une portion du cornet moyen ; bien qu'on ne découvrit pas de pus, l'introduction d'une sonde d'un diamètre assez élevé élargit le conduit naso-frontal et on introduisit des deux côtés une sonde garnie de nitrate d'argent. En trois ou quatre jours l'œdème inflammatoire des paupières et les maux de tête disparurent et l'acuité visuelle fut recouvrée.

Dans les cas où on reconnaît sûrement une suppuration dans le tissu cellulaire orbitaire, provenant du voisinage, il est clair que le foyer purulent vient de la partie antérieure, tandis que l'on pratique une ponction ou une incision à travers la paupière jusqu'au fond de l'orbite. Quand on est dans l'incertitude de rencontrer directement le foyer par cette voie, il y a des chances pour que l'affection soit d'origine nasale. L'excision préliminaire de l'extrémité du cornet antérieur est relativement une petite opération ; seule une main inexpérimentée risquerait d'approcher la lame ciblée.

S. a rapporté ces faits parce qu'ils démontrent la relation non établie jusqu'ici des amauroses avec les sinusites ; en reconnaissant de bonne heure l'abaissement de la vue on peut ainsi sauver l'œil.

Discussion.

ROTH dit que dès 1880 Schaeffer de Brême a publié des cas d'intervention chirurgicale par le nez sur les sinus sphénoïdaux et maxillaires, et plus tard Ziem, de Danzig, a fait remarquer que les affections des sinus maxillaires, frontaux et des cellules sphénoïdales pouvaient s'étendre à l'orbite et provoquer ainsi la perte de la vue.

Lorsque quelques années après Jurasz, de Heidelberg, relata qu'il avait réussi à insérer une sonde à courbe antérieure concave sous l'extrémité antérieure du cornet moyen et à la pousser doucement dans le sinus frontal, j'ai répété cette tentative avec succès dans quelques cas, mais j'ai échoué dans d'autres, vu que sur le même individu on pénètre facilement dans un sinus frontal tandis que c'est impossible de l'autre côté. Pour obvier à cet inconvénient j'ai, de même que mes confrères allemands, enlevé avec l'anse l'obstacle opposé par l'extrémité antérieure du cornet, opération inoffensive qui s'effectue sans hémorrhagie grave, et alors on peut aisément sonder le sinus frontal. J'ai fait une com-

munication sur ce sujet en 1894 à la section laryngologique de la réunion des naturalistes, et le président, professeur Stoerk m'objecta d'une part que l'ablation d'une portion du cornet moyen pouvait être dangereuse, et d'autre part qu'il n'est pas prouvé que la sonde entre dans le sinus frontal, elle peut s'égarer dans une fente. Bien que depuis on ait pratiqué souvent avec succès le sondage et le lavage du sinus frontal, les doutes de Stoerk avaient rencontré de l'écho, jusqu'à ce que cette année Scheier eût démontré à l'aide de la radiographie d'une façon péremptoire que la sonde pénétrait certainement dans le sinus frontal; on pouvait contrôler ce fait sur l'écran et sur le photogramme. Je suis heureux que le professeur Stoerk soit convaincu maintenant et qu'il soigne le sinus frontal par le canal naso-frontal.

Il est certain qu'en excisant l'extrémité antérieure du cornet moyen ou en introduisant la sonde il faut agir avec prudence à cause des fragments d'os et des granulations, mais je ne puis admettre avec Stoerk qu'on risque de léser facilement la lame criblée. En se tenant sur la partie latérale du cornet moyen, on n'atteint pas tout de suite avec la sonde le canal naso-frontal, et il faudrait perforer d'abord les parois inférieure et supérieure des cellules ethmoïdales antérieures avant d'arriver à la lame criblée.

WEIL rappelle un cas qu'il a présenté en juin 1895 concernant une suppuration de tous les sinus pour laquelle on réséqua les deux cornets moyens et on ouvrit les cellules ethmoïdales. Il cite ensuite une communication faite à la Société en 1896 sur le traitement de l'empyème et un travail sur le même sujet paru en 1897 dans la *Wiener klinische Wochenschrift*.

WEIL fait quelques remarques à propos de la technique opératoire, parle de la modification qu'il a apportée au conchotôme de Grünwald et dit qu'en se servant de l'anse froide quand les os sont forts, on peut briser tout le cornet; dans un cas où cet accident se produisit, il fallut enrayer l'hémorrhagie abondante par le tampon de Bellocq, mais les maux de tête disparurent à la suite de l'intervention.

2. WEIL montre un **polype naso pharyngien** ayant une dimension et une forme extraordinaires.

Le malade âgé de 20 ans, ouvrier dans une fabrique, avait le nez bouché depuis plusieurs années et des troubles de la déglutition depuis un an. La tumeur était implantée par une assez large base tout le long du rebord du vomer, mais surtout à droite; deux parties semi-sphériques remplissaient le pharynx et obstruaient

les choanes, un gros bourgeon ramifié envahissait toute la narine droite et atteignait en avant l'orifice nasal, et une portion en forme de poire dont on ne distinguait l'extrémité inférieure qu'en pressant très fortement sur la langue, recouvrait la paroi pharyngée postérieure. Weil enserra la partie pharyngée de la tumeur dans un serre-nœud galvanique, introduisit deux doigts de la main gauche dans le pharynx et tira vers le bas le nœud de l'anse et la tumeur, ce qui détacha la tumeur à sa base sur le vomer; ainsi il eut un *seul* morceau mesurant douze centimètres sur sa plus grande longueur et pesant actuellement quarante-cinq grammes. L'hémorrhagie fut minime et au bout de quelques heures on ne distinguait plus la surface de la plaie sur le vomer.

A l'examen microscopique, Paltauf reconnut un fibro-myxôme ordinaire avec de rares vaisseaux et d'épaisses couches d'épithélium pavimenteux.

3. EBSTEIN. — Deux cas de corps étrangers de l'œsophage. —

1. Enfant de 2 ans $1/2$ qui quelques jours auparavant, tout en mangeant, jouait avec un kreutzer qu'il avala. Depuis il souffre dans la région jugulaire et se nourrit difficilement. On introduisit dans l'estomac une bougie n° 43 et en la retirant on eut la sensation de râcler un rebord. Par l'œsophagoscopie le tube arriva jusqu'à la hauteur de l'ouverture thoracique. Là on vit une muqueuse tuméfiée rougie n'ayant aucun orifice. D'après l'examen, on conclut que la pièce de monnaie se trouvait encore sûrement dans l'œsophage, et avait provoqué l'inflammation de la muqueuse. Comme malgré la présence du corps étranger, le lait était encore avalé, on répéta l'examen et on décida l'extraction pour le lendemain; on réussit à retirer la monnaie avec un tout petit crochet recourbé.

L'œsophagoscopie nous a éclairé sur le siège du corps étranger et ainsi nous a aidé à l'extraire avec un instrument approprié à l'espace restreint dans lequel il devait être inséré.

La seconde malade, âgée de 23 ans, me raconta que depuis deux jours elle ressentait de vives douleurs dans la région thoracique supérieure et qu'elle ne pouvait plus ingérer que de petites quantités de lait ou de soupe; elle attribuait cette gêne à un fragment d'os avalé dix jours auparavant. Sur cinq médecins qui avaient déjà vu la malade, deux avaient essayé sans succès de chasser le corps étranger au moyen de sondes. Les jours suivants on crut que les douleurs étaient dues à une lésion de la muqueuse qui fut badigeonnée avec une faible solution de cocaïne. Chaque

jour les souffrances se prononçaient vers le manche du sternum, l'ingestion des liquides devenait de plus en plus pénible, la fièvre apparut et la malade nous fut adressée.

Elle ne put nous fournir aucun renseignement sur la dimension de l'os qu'elle avait avalé.

La sonde rencontra à vingt-quatre centimètres des dents un obstacle infranchissable. Par l'œsophagoscopie, on reconnaît, comme dans le premier cas, un bourrelet muqueux rougeâtre semblant gonflé en arrière et présentant seulement une petite ouverture au milieu ; où l'on distingue une masse d'un gris verdâtre qui est certainement le fragment osseux. La portion osseuse laissée à découvert est lisse et malaisée à saisir, et en la mobilisant on provoque des hémorrhagies de la muqueuse. Au bout de quatre heures, l'os a changé de place et on peut facilement l'extraire, il mesurait trois centimètres et demi de diamètre. Aussitôt après la malade put avaler des aliments solides et au bout de quelques jours les douleurs avaient totalement disparu.

4. EBSTEIN présente une femme de 56 ans qui absorba par erreur de la potasse il y a cinq semaines. L'œsophagoscopie par le procédé de Stærk fit voir à la hauteur du passage diaphragmatique de l'œsophage quelques dépôts fibreux sur des pertes de substances lisses de la muqueuse. Sous le cartilage cricoïde on observe également des inflammations ayant l'aspect d'érosions très rouges de la muqueuse.

Séance du 9 février 1899 (1).

Président : prof. STÖRK.

Secrétaire : Dr RONSBURGER.

B. RISCHAWY. — Rapports entre les affections chroniques du canal lacrymal et les maladies du nez. -- Nombres d'affections nasales, telles que atrophie, hypertrophie, polypes, etc., accompagnent souvent la blennorrhée du sac lacrymal, sans avoir rien de commun avec les sténoses du canal naso-lacrymal, mais si le rétrécissement du conduit est provoqué directement par l'affection nasale, il faut en chercher l'origine dans les altérations du cornet inférieur, où débouche le conduit.

(1) D'après la *Wiener Klin. Woch.*, 23 février 1899.

On observe souvent la tuméfaction du cornet moyen au cours d'affections chroniques du canal lacrymal, l'auteur l'attribua d'abord à une manifestation indirecte de la sténose. Mais l'anatomie ne permet plus d'admettre le rétrécissement du conduit dû au cornet moyen. Le méat moyen est séparé du canal naso-lacrymal par une paroi osseuse, formée dans sa portion inférieure par le processus lacrymal de l'os turbinale, et en haut par l'os lacrymal. Il semble donc impossible de croire à l'influence du cornet moyen sur l'orifice du conduit.

R. a observé dans deux cas une amélioration remarquable de l'affection du canal lacrymal (diminution de la sécrétion, facilité du sondage) consécutive à l'ablation de l'extrémité antérieure hypertrophiée du cornet moyen et il étudia de nouveau la question au point de vue anatomique. Il trouva ce que savent tous les anatomistes, que la limite osseuse du canal naso-lacrymal du côté de l'orifice nasal est rarement absolument intacte. Au point d'union de l'os turbinale et de l'os lacrymal, et aussi sur d'autres parties de la paroi, on remarque souvent des déhiscences, et la paroi intacte est si mince, que le cornet moyen hypertrophié peut parfaitement bien comprimer directement le conduit.

L'auteur examina systématiquement tous les malades atteints d'affections du canal lacrymal, et s'est aperçu que souvent l'hypertrophie du cornet moyen influait sur ces affections. R. a opéré deux malades, dont l'un trop récemment pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat de l'intervention; chez l'autre le sondage s'effectue plus facilement qu'avant l'intervention.

R. croit qu'on n'a pas encore signalé la compression du conduit par le cornet moyen, qu'il faudra commencer par enlever avant d'entreprendre le traitement oculaire.

BIBLIOGRAPHIE

Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte; manuel opératoire et complications; indications et résultats; parallèle entre ces deux méthodes, par SARGNON, interne des hôpitaux de Lyon (Lyon, juillet 1899).

Dans cet important ouvrage, qui ne comprend pas moins de 830 pages, avec 47 figures dans le texte et 3 planches coloriées de schémas de dilatation laryngienne, l'auteur fait un historique ra-

pide du tubage en insistant surtout sur ce fait capital que le tubage en France est employé surtout pour le croup et par certains auteurs dans les sténoses infantiles non diphthériques; chez l'adulte, au contraire, en dehors du croup, le tubage très employé à l'étranger, notamment en Amérique et en Italie, par O'Dwyer et Lefferts, Bokai, Massei et ses élèves, est fort peu utilisé en France, puisqu'en comptant les cas inédits, l'auteur n'a pu rassembler que 24 cas français, dont 11 personnels, traités, pour la plupart, dans le service de M. Garel, avec 1 seul cas de mort par obstruction.

L'ouvrage comprend trois chapitres :

- 1^o Trachéotomie et tubage, manuel opératoire et complications;
- 2^o Indications et résultats;
- 3^o Conclusions et parallèle entre ces deux méthodes.

PREMIER CHAPITRE. — L'auteur insiste sur les canules à trachéotomie, notamment sur les canules flexibles, sur la nécessité des longues canules de 9 centimètres chez l'adulte et l'inutilité de l'anesthésie générale, avantageusement remplacée par l'anesthésie cocaïnique (solutions faibles suivant les formules de Schleich); il a utilisé ce procédé avec un succès complet.

Les accidents de la trachéotomie sont minutieusement étudiés, notamment la calcification trachéale, les fractures canulaires généralement oubliées par les auteurs et surtout les complications ulcéreuses et sténosantes qui suivent parfois la trachéotomie. Mentionnons une étude détaillée des manœuvres de dilatation après trachéotomie, notamment des canules dilatatrices, de la longue canule en verre de Mikulicz, des moyens de dilatation avec les dilateurs à plusieurs branches, les sondes de Schröter, la dilatation avec les lamineuses et les mandrins métalliques de M. Garel.

L'auteur décrit soigneusement les multiples appareils à intubation, en joignant pour la plupart des figures explicatrices; signalons, notamment, les appareils de Bouchut, les divers modèles d'O'Dwyer, de Bayeux et Sevestre, de Collin, de Ferroud, de Rabot, la pince à écartement parallèle de Bayle, les appareils de Tsakiris. Pour diminuer la fréquence du détubage spontané chez l'adulte, l'auteur utilise des tubes à renflement situés 1 centimètre plus bas et plus gros de 1 millimètre; pour enlever de pareils tubes, il faut tirer fortement et parfois à plusieurs reprises sur le fil laissé à demeure. Signalons la pince extractrice à courbure œsophagienne, imaginée par M. Garel pour les détubages difficiles. L'auteur insiste sur ce fait que chez l'adulte tout au moins,

au cours d'un tubage, il faut toujours avoir des instruments à trachéotomie à côté de soi. Le manuel opératoire chez l'enfant est minutieusement décrit et agrémenté de multiples figures empruntées, pour la plupart, à Martin et à Bayeux. Discutant l'importante question de la surveillance médicale, l'auteur montre que la plupart des opérateurs pratiquent, à l'heure actuelle, l'intubation sans surveillance médicale continue et conseille le retrait du fil à l'hôpital, sa conservation en clientèle à moins que l'on emploie les tubes courts de Bayeux, si facilement énucléables.

L'auteur étudie les multiples procédés d'extubation, notamment la méthode de Rabot et l'énucléation de Bayeux, et reproduit les figures de ce dernier auteur ; à ce propos, il discute les théories de la fixation des tubes et admet la théorie cricoidienne.

L'auteur insiste sur le tubage chez l'adulte et décrit soigneusement sa façon de procéder ; d'après des recherches sur quarante-quatre adultes, l'auteur conclut que, généralement, chez la femme de taille moyenne et petite, le tubage au doigt est possible (le larynx de la femme est plus haut situé), tandis que chez l'homme, dont la taille dépasse 1^m,65, il est le plus souvent impossible. De plus, le tubage se fait, le patient assis sur une chaise au pied de son lit ; une simple lampe et un laryngoscope suffisent ; l'auteur est partisan du tubage au laryngoscope qui, seul, permet de bien se rendre compte de la nature du siège et du degré de la sténose et, par conséquent, de la possibilité ou non du tubage et du numéro du tube à utiliser. C'est là une opération manifestement plus difficile que le tubage au doigt chez l'enfant.

Dans les complications de l'intubation, signalons 1 cas unique et probablement inédit d'emphysème indépendant du tubage, l'obstruction, exceptionnelle dans la variété rapide et complète, les déplacements du tube, notamment sa chute dans les voies aériennes, les complications broncho-pulmonaires et surtout les complications ulcéreuses et sténosantes plus rares qu'après la trachéotomie. L'auteur étudie ensuite les différents moyens de faire le cathétérisme du larynx sans trachéotomie, notamment le tubage avec des appareils extemporanés, des sondes uréthrales, par exemple, la divulsion avec les dilatateurs, la méthode de Schröter avant trachéotomie, les tubes laryngiens pour syncope et les divers intubateurs destinés à remplacer la trachéotomie préventive.

DEUXIÈME CHAPITRE. — C'est là le point le plus important de l'ouvrage, auquel l'auteur consacre près de 300 pages et les conclusions sont étayées sur de très nombreuses observations ré-

sumées de tubage et de trachéotomie : il comprend deux parties :

A) *Les indications tirées de la nature et du siège des lésions.*

B) *Les indications tirées des circonstances.*

A) *Indications tirées de la nature et du siège des lésions :* 1° *Les lésions sus et péri-laryngées* contre-indiquent l'intubation et sont justifiables de la trachéotomie, quand elle est nécessitée par l'urgence.

Signalons 1 cas lyonnais inédit, l'hématome lingual et sous-lingual (plaie de la veine linguale par plomb de chasse) trachéotomisé d'urgence et guéri. L'auteur relate 1 cas personnel et inédit de trachéotomie pour cancer glosso-épiglottique anesthésié avec succès par la méthode de Schleich.

2° *Les lésions laryngées comprennent à étudier :* les sténoses traumatiques, inflammatoires, nerveuses et néoplasiques. Les plaies du larynx sont justifiables de la trachéotomie, tandis que le tubage, quand il est possible, réussit bien dans les fractures laryngiennes en constituant une véritable attelle interne.

Les sténoses par laryngites aiguës simples chez l'enfant et l'adulte sont justifiables du tubage seul, ainsi que les cas graves de laryngite striduleuse. Les sténoses au cours des fièvres éruptives relèvent du tubage, sauf le laryngo typhus, lésion habituellement suppurée et justifiable de la trachéotomie. Le tubage et la trachéotomie donnent d'assez mauvais résultats dans la laryngite rubéolique. Le tubage est rigoureusement indiqué dans les œdèmes aigus non suppurés du larynx à moins qu'une infiltration épiglottique intense ne le rende difficile ou impossible. Les cas nettement suppurés doivent être trachéotomisés. L'auteur relate, avec des schémas de dilatation à l'appui, un cas d'œdème aigu suffocant du larynx, guéri en 30 heures de tubage.

Les laryngites chroniques sont justifiables de l'intubation, sauf les cas bien nets de sclérome pour lesquels la trachéotomie semblerait préférable. La syphilis du larynx constitue l'indication typique de l'intubation, qui pallie à la dyspnée, dilate la sténose, permet l'administration de l'iode et active son effet curateur. L'auteur relate trois cures obtenues par cette méthode avec des schémas laryngiens de dilatation ; dans les cas douteux, pendant tout le traitement d'épreuve, l'auteur emploie l'intubation.

La tuberculose laryngée, lésion peu facilement curable, contre-indique l'intubation, sauf les sténoses au cours de l'accouchement et peut-être certaines sténoses spasmodiques. Dans 1 cas de l'auteur, le tube ne fut pas supporté.

Le tubage utilisé avec succès dans les sténoses cicatricielles peu

serrées, donne d'excellents résultats chez les canulars par rétrécissement fonctionnel et anatomique peu serré.

L'intubation est de règle dans les spasmes laryngiens, à moins qu'ils ne soient dus à une lésion incurable (tumeur, anévrysme); l'auteur l'a même essayée, sans succès d'ailleurs, dans un cas rebelle de spasme phonique simple; les paralysies de l'hystérie et de la syphilis sont seules justifiables du tubage. L'auteur signale 1 cas de spasme de la glotte dû à un empyème pleural latent, guéri par 11 heures de tubage; le malade meurt ultérieurement des suites de l'opération de l'empyème.

Malgré les recherches de Lichtwitz (ablation des papillomes chez l'enfant à l'aide de tubes fenêtrés) la trachéotomie est seule à employer dans les tumeurs bénignes, car elle a souvent un effet curateur en pareil cas. Le tubage est naturellement contre-indiqué dans les tumeurs malignes, sauf dans les cas douteux.

3^e *Les lésions trachéales*: les plaies et fractures de la trachée sont justifiables de la trachéotomie en règle générale. Dans les corps étrangers des voies aériennes, l'auteur montre que le tubage n'est utilisable que pour les corps étrangers très petits non susceptibles de se gonfler par l'humidité (petites perles); la trachéotomie, en pareil cas, et les manœuvres post-trachéotomiques sont l'objet d'une étude très détaillée avec de nombreuses observations à l'appui.

Les sténoses inflammatoires trachéales en général, quand elles sont situées au niveau des premiers anneaux trachéaux, doivent être traitées comme les sténoses laryngiennes, tandis que les sténoses basses sont presque exclusivement justifiables de la trachéotomie, souvent mortelle en pareil cas. Signalons un chapitre intéressant sur les sténoses névropathiques trachéales et les tumeurs trachéales.

Les sténoses par compression de la trachée, notamment par lésions thyroïdiennes sont soigneusement étudiées. Signalons les indications opératoires d'urgence créées par l'hypertrophie thyroïdienne avec 4 cas allemands, tous terminés par la guérison et traités par la trachéotomie, l'extirpation plus ou moins complète de la glande, sa luxation au dehors.

L'auteur étudie ensuite la trachéotomie dans les lésions œsophagiennes, la trachéotomie préventive dans les opérations laryngo-trachéales, le tubage pour faciliter la trachéotomie et surtout le tubage comme moyen de diagnostic dans les cas de sténose à siège douteux; à ce propos, l'auteur insiste sur la nécessité d'espacer les tentatives de tubage pour éviter la trachéotomie

ultérieure et relate un cas ainsi traité. L'auteur parle de la trachéotomie dans les syncopes anesthésiques, de la dilatation des broncho-sténoses (Schrötter, Seifert, Landgraf) et du tubage dans les interventions pleuro-pulmonaires.

B) *Indications tirées des circonstances.* — L'auteur montre surtout l'extrême gravité de la trachéotomie chez le tout jeune et chez la femme enceinte ou en proie aux douleurs de l'accouchement.

TROISIÈME CHAPITRE. — L'auteur fait rapidement le parallèle du tubage et de la trachéotomie et, pour faciliter la tâche du lecteur, résume dans un tableau rapide les principales indications de ces deux interventions en dehors du croup; pour lui, « le tubage est « indiqué dans les sténoses curables et dilatables du larynx et de « la partie supérieure de la trachée, la trachéotomie dans les sténoses incurables ou trop bas situées ».

M. LANNOIS.

ANALYSES

I. — OREILLE

Communication de la fosse jugulaire et de la caisse tympanique, par CAGNOLA (*Gaz. degli Ospedali*, 19 février 1899).

C., en faisant des recherches sur l'organe de l'ouïe, a rencontré un cas de large communication du vestibule de la caisse tympanique et de la fosse jugulaire. La perforation ne mesurait pas moins de 10 millimètres sur 3; les bords étaient bien taillés sans trace d'érosions; il s'agissait vraisemblablement d'une anomalie congénitale. On conçoit l'importance qu'une telle anomalie pourrait présenter dans une otite en facilitant la propagation de l'inflammation à la veine jugulaire. On conçoit, dans le curettage, la facilité avec laquelle la veine pourrait être intéressée.

A. F. PLICQUE.

Sur les cavités cartilagineuses interglobulaires de la capsule du labyrinthe humain, par MANASSE, de Strasbourg (*Archives of Otology*, oct. 1898).

Sur trois labyrinthes pathologiques, sur lesquels il avait pratiqué les coupes en série, Manasse trouva dans la capsule de la cochlée de larges cavités ramifiées et remplies de cartilage hyalin.

Il multiplia alors ses recherches qui portèrent sur 24 spécimens de tout âge, jusqu'à 72 ans.

Dans toutes les portions du labyrinthe osseux (cochlée, vestibule, canaux semi-circulaires), il a retrouvé ces cavités plus ou moins larges, rondes, ovales ou fusiformes, émettant parfois des prolongements latéraux qui les faisaient communiquer les unes avec les autres. Ces cavités bien distinctes des canaux vasculaires renfermaient une substance hyaline avec les corpuscules encapsulés, évidemment des cellules cartilagineuses. L'auteur s'en assura sur les pièces décalcifiées et sur d'autres usées à la meule.

Très peu d'auteurs (Böttcher, Politzer, Gottstein, Habermann, Moos et Steinbrügge) ont fait allusion à ces cellules cartilagineuses, qui sont comparables à celles que Gegenbauer, Lieberkühn, Waldeyer, etc., ont décrit dans l'os périosté d'animaux jeunes. Il est à remarquer à ce point de vue que le labyrinthe osseux a une place à part puisque les cellules cartilagineuses y persistent jusqu'à un âge très avancé.

Trois figures en deux planches.

M. Ls.

Sur diverses formes de paracousies, par P. BONNIER (*Soc. de Biologie*, 5 août 1898).

Les lésions ou les troubles fonctionnels de l'appareil de transmission peuvent donner naissance à diverses formes d'auditions différentes de la formule physiologique ordinaire et appelées paracousies. On connaît la paracousie de Willis. L'audition au contact peut de même être augmentée. Le diapason au contact d'un point du squelette, tibia, coude... ou même des parties molles est mieux perçu du côté de l'oreille affectée. Ce sont des phénomènes de *perception auriculaire* contrairement aux affirmations de M. Egger (de Soleure).

E. L.

Le chemin des ébranlements labyrinthiques dans l'audition, par M. GELLÉ (*Soc. de Biologie*, Octobre 1898).

Il faut admettre deux modes de propagation des vibrations au labyrinthe : l'oscillation pendulaire de l'appareil de transmission est hors de doute. Mais les vibrations gagnent aussi le labyrinthe par propagation moléculaire. En effet, dans l'ankylose de l'étrier, alors que l'oscillation pendulaire ne peut exister, on note la persistance de l'audition.

Ces faits sont confirmés, d'après l'auteur, par l'examen de ce

qui se passe dans le phonographe. De l'étude des tracés de celui-ci, il résulte que la période est une unité, qu'il faut la mesurer du début à sa limite extrême, et qu'il n'est pas indifférent d'en prendre la mesure à volonté entre deux condensations et deux dilatations. La doctrine d'Helmholtz qui admet pour chaque fibre de l'auditif une sensibilité particulière pour un ton ne saurait être admise, les tracés du phonographe sont en effet entièrement différents, suivant le ton de la voyelle émise.

E. L.

Du rôle de l'ébranlement moléculaire et de l'ébranlement molaire dans l'audition, par P. BONNIER (*Soc. de Biol.* 22 oct. 1898).

La propagation des vibrations au labyrinthe est à la fois moléculaire et molaire.

L'auteur rappelle qu'il a déjà distingué nettement ces deux modes de propagation. L'audition est liée à l'ébranlement molaire et nullement à l'ébranlement moléculaire, ainsi que le démontre d'ailleurs la pathologie. D'ailleurs le phonographe lui-même est assimilable à ce point de vue à l'appareil auditif. La pointe oscille en totalité. Le centre de la membrane se déplace en totalité. Il s'agit bien d'un ébranlement molaire et non d'un ébranlement moléculaire.

E. L.

Une méthode pour reconnaître la simulation, par WARNECKE (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XLV, nov. 1898).

Ce moyen s'adresse plutôt à l'exagération de la demi-surdité qu'à la simulation de la surdité vraie. Il consiste simplement dans l'emploi de la parole murmurée faite par deux observateurs qui se placent : le premier à la limite de l'audition et le second à quelques mètres plus loin.

M. LS.

Du choix des appareils d'éclairage à l'acétylène en laryngologie, rhinologie et otologie, par LICHTWITZ (*Arch. internat. de laryng.*, janv.-févr. 1899).

L. préconise des systèmes d'éclairage où l'eau tombe en petite quantité sur le carbure de calcium. Il décrit ensuite la lampe portative du prof. Gossart, et l'appareil stable, composé d'un gazogène et d'un gazomètre, employé dans sa clinique.

L. EGGER.

Un cas extraordinaire de morsure de cheval; oreille externe complètement déchirée puis remise en place, par W. J. BROWN. (*Lancet*, 4 juin 1898.)

L'observation est expliquée par le titre. L'oreille fut ramassée dans une écurie. N'ayant rien sous la main, on se borna à la laver dans l'eau chaude et à la recoudre avec des aiguilles ordinaires et du fil. Le malade fut à peine défiguré.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Sur l'origine de la fistule congénitale de l'oreille et du pavillon, par GRÜNNERT (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 45, 1-2, sept. 1898).

Deux opinions existent sur ce point. Pour les uns (Virchow, Trötsch, Schwartze, König, etc.), il s'agit de troubles dans la régression normale de la première fente branchiale et la fistule congénitale de l'oreille est la trace d'un stade du développement de l'embryon humain. Pour d'autres, au contraire, son origine doit être recherchée dans des processus secondaires du développement. His, notamment, croit qu'il s'agit d'une soudure incomplète entre le *Crus helicus* et le *Crus supertragicus*, et Gradenigo partage cet avis. Urbantschitsch et, après lui, Schwabach, Kratz, Gruber, ont encore compliqué la question en niant que la première fente branchiale eût quelque chose à faire dans le développement de certaines parties de l'oreille externe et moyenne, ce qui est contraire aux notions embryologiques les plus certaines.

Grunert énumère les raisons qui militent contre la première théorie. Dans aucun cas, on n'a pu constater de communication avec l'oreille moyenne. D'ailleurs les recherches embryologiques de Hunt ont montré qu'à aucun moment du développement, il n'existait, chez l'homme, de communication entre les oreilles moyenne et externe, la première fente branchiale étant complètement fermée.

Il faut aussi considérer comme contraire à la première hypothèse ce fait que, dans les cas de fistule, l'oreille externe et l'oreille moyenne restent parfaitement normales et ne présentent que très rarement d'autres malformations congénitales (8 fois sur 47 cas recueillis dans la littérature par l'auteur).

Grunert établit aussi qu'il faut faire une différence entre la fistule congénitale de l'oreille et les trajets fistuleux congénitaux qui pénètrent dans le pavillon ou dans les rudiments de pavillon. Il a eu l'occasion de faire l'examen histologique dans un cas de cette seconde catégorie.

La pièce provenait de l'oreille mal formée d'une petite fille de 3 ans (un dessin). Il conclut de cet examen que l'origine de cette fistule était, sans aucun doute, sous la dépendance de troubles dans le développement secondaire de l'oreille externe.

M. LS.

Hémorrhagie auriculaire, par W. H. BROWN (*Lancet*, 4 juin 1898).

Section de la carotide primitive pour une hémorrhagie abondante de l'oreille. L'auteur ne décrit pas l'état de l'organe auditif.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Aspiration de l'air du conduit auditif externe combinée avec le cathétérisme, par WARNECKE (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XLV, 3-4, nov. 1898).

L'aspiration est faite, dans l'appareil de l'auteur, au moyen d'un tube de caoutchouc qu'on relie à une trompe d'eau. Il est nécessaire de se reporter à la figure pour en comprendre le mécanisme. L'originalité consiste surtout dans l'adjonction d'un vase muni d'un manomètre qui permet de régler l'aspiration. — L'auteur est d'accord avec Iljisch pour admettre que la combinaison de l'aspiration et du cathétérisme donne des résultats supérieurs.

M. LS.

Leucocytose dans les suppurations du tympan, par ORNE GREEN (*Med Record*, 28 janvier 1899).

G., dans un travail présenté à la société de médecine de Boston, étudie la leucocytose dans les suppurations tympaniques. Il l'a rencontrée dans 79,5 % des cas. Mais son absence dans 20,5 % empêche ce symptôme d'avoir une valeur pathognomonique dans le diagnostic des suppurations du tympan et du simple catarrhe sécrétoire. Relativement à l'existence ou à l'absence d'abcès du cerveau, de complications du côté des sinus, de septicémie, l'absence ou l'existence de leucocytose ne fournit également qu'une présomption.

A. F. PLICQUE.

Sur un mode fréquent de participation du labyrinthe aux suppurations de l'oreille moyenne (Ueber eine häufige Art der Beteiligung des Labyrinthes bei den Mittelohreiterungen), par A. JANSEN (*Archiv f. Ohrenheilk.*, t. XLV, 3-4, nov. 1898).

Il s'agit presque régulièrement de lésions du canal semi-circulaire horizontal. Le mémoire est fait avec les observations de 169 cas sur lesquels 137 présentaient cette lésion.

Sur ce nombre, la lésion siégeait seulement 6 fois dans la branche antérieure du canal semi-circulaire supérieur et 4 fois dans le segment postérieur, 9 fois dans le canal semi-circulaire inférieur et 124 fois dans l'horizontal. Le plus souvent, dans ce dernier cas, il s'agit d'affections de l'antra et, dans la grande majorité des faits, de cholestéatomes, l'origine tuberculeuse étant beaucoup plus rare.

Les symptômes qui ont le plus d'importance pour le diagnostic de cette complication sont les troubles de l'équilibre : vertiges, nausées, vomissements, troubles de la marche et de la station debout et surtout le nystagmus. L'expérience de Weber, quoique ayant souvent fait défaut, reste néanmoins un signe important de la participation du labyrinthe : outre qu'il faut tenir compte de l'état du malade souvent incapable de répondre correctement, il y a lieu également de signaler que la lésion siège surtout au niveau du vestibule et que la cochlée est relativement intacte.

L'auteur insiste également sur l'importance diagnostique du nystagmus. Celui-ci semble d'ailleurs en relations étroites avec l'importance des troubles de l'équilibre.

Dans ce très long mémoire, Jansen discute aussi l'opportunité de l'intervention sur le labyrinthe qu'il a pratiquée dix fois. Six fois, il s'est contenté de grattages du vestibule par la fenêtre ovale, de grattage et d'agrandissements du trou formé dans le canal horizontal ou même d'ablation d'une partie saillante de ce canal. Dans deux cas, il fit délibérément l'ouverture du vestibule, en enlevant une partie du canal horizontal en arrière du facial. Dans un autre cas d'abcès sous-duremérien, il mit à nu la dure-mère du cervelet et celle du lobe temporal.

Voici les conditions dans lesquelles il pense qu'on peut intervenir sur le vestibule :

1° Lorsqu'un malade présente des symptômes graves d'affection labyrinthique, qu'on a écarté les autres complications et qu'on n'a rien trouvé par l'antrectomie pour expliquer les phénomènes labyrinthiques, l'ouverture du vestibule est non seulement permise mais justifiée. Plus les symptômes labyrinthiques sont graves, plus urgente est l'indication.

2° Lorsque les symptômes labyrinthiques diminuent mais qu'il reste une fistule conduisant au labyrinthe et qu'il y a des symptômes de suppuration profonde sans qu'on en trouve l'explication du côté de la mastoïde.

3° Lorsqu'il y a des signes d'abcès cérébral et surtout cérébelleux

ou qu'on se trouve en présence d'un large abcès sous-dural d'origine labyrinthique.

4° Lorsqu'il y a de l'excitation méningée ou les premiers signes d'une méningite aiguë avec lésion d'un canal semi-circulaire. On peut ainsi enlever le foyer primitif et enrayer l'infection, surtout s'il s'agit de pneumocoques.

M. LS.

Otites moyennes suppurées chroniques, par E. SCHMIEGELOW (Norddeutsch Med. Archiv, n° 18, 1898, in *Laryngoscope*. Mai 1899).

L'auteur décrit en détails 96 cas opérés par lui. Il est intervenu en tout sur plus de 300 malades. Dans 23 cas, l'affection persistait depuis 11 à 20 ans, dans 17 cas depuis un à 5 ans, et chez un malade depuis 40 à 50 ans. Ouverture de la mastoïde seule dans 20 cas avec 55 % de guérisons ; dans les autres cas, l'otite subsista. Ouverture de l'attique dans 14 cas ; avec 7 guérisons et 3 améliorations, une fois il y eut un arrêt dans l'affection et deux fois le résultat est demeuré inconnu. 53 opérations radicales avec 70 % de guérisons. Dans 7 cas, l'opération demeura incomplète ; neuf fois il y eut du mieux ; trois malades succombèrent par la tuberculose ou la méningite. On ouvrit une fois le sinus transverse. 4 fois, l'opération fut suivie de paralysie faciale traumatique. Les malades doivent être avertis de la longueur du traitement consécutif. L'un d'eux dut être soigné pendant 18 mois, plusieurs de 6 à 9 mois ; mais la durée habituelle est de 2 à 4 mois. Etiologie inconnue dans 58 cas. Dix fois l'affection débuta par une suppuration aiguë consécutive à l'influenza. Trois fois on eut affaire à une carie due à la présence de végétations adénoïdes. Suppuration tuberculeuse dans 4 cas. Deux fois, le mal était apparu après la Coqueluche, 11 fois après la scarlatine, deux fois après la rougeole, 5 fois d'origine traumatique et une fois on se trouva en présence d'une tumeur carcinomateuse. Chez huit malades, l'audition ne fut nullement altérée, elle s'améliora plus ou moins dans 27 cas.

Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique, formes sèche, adhésive et scléreuse, par MOURE (*Rev. heb. de laryng.*, 28 mai 1898).

L'auteur passe en revue les contre-indications opératoires : altérations même minimes de l'appareil de réception ; scléroses héréditaires à marche rapide ; scléroses à forme atrophique.

Il ne reconnaît pas, au chapitre des indications, à la myringotomie exploratrice, toute l'importance qui lui a été attribuée.

Il passe en revue rapidement les procédés opératoires partiels, et aborde la question de l'extraction des osselets.

Malgré un accès plus facile sur la fenêtre ovale et l'étrier, il préfère à l'opération de Garnault par voie rétro-auriculaire, l'intervention par les voies naturelles.

L'ablation du tympan et des deux premiers osselets est généralement suffisante, car elle suffit à mobiliser au moins en partie la platine de l'étrier ; si ce dernier doit être supprimé, on fera sauter le mur de la logette.

Par la méthode auriculaire, on a moins à craindre l'infection, et la formation de ces tissus cicatriciels profonds qui englobent l'étrier et font perdre le bénéfice de l'opération.

Le traitement chirurgical, bien fait, ne donne pas toujours les résultats qu'on aurait pu en attendre ; l'expérience apprendra aussi si les résultats obtenus se sont maintenus.

H. RIPAULT.

Quelques cas de pyhémie otitique, par BOJEW (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 19 février 1898).

La douleur à la pression sur la jugulaire, au-dessous de la mastoïde, jointe à des oscillations thermiques élevées, des sueurs profuses, constitue une indication très nette et précise à l'ouverture du sinus ; les signes de méningite sont la seule contre indication ; l'absence des signes d'empyème de l'antre n'en étant elle-même pas une.

On doit encore intervenir dans les cas aigus trainants, avec oscillations thermiques ; et dans ceux où la température se maintient élevée, en l'absence cependant de toute rétention.

H. RIPAULT.

Chirurgie de l'apophyse mastoïde. — Suppuration chronique de la caisse avec carie petro-mastoidienne. — Complications endocrâniennes, par YERWANT ARSLAN (*Políclinico*, vol. IV-C. 1897).

L'auteur fait d'abord remarquer qu'il n'existe pas de critérium certain nous donnant des indications positives sur le diagnostic des lésions et les indications opératoires.

Ce travail a pour but de chercher à élucider ces divers points.

L'auteur s'occupe d'abord des formes chroniques et donne dix observations qu'il discute ensuite en détail. Il arrive aux trois conclusions suivantes :

I. Quand il existe une otorrhée abondante et de longue durée, avec abaissement de la paroi du conduit, carie des osselets ou de l'attique, pus verdâtre et fétide, on doit admettre que certainement les cavités mastoïdiennes sont malades. La tuméfaction retro-auriculaire confirme ce diagnostic, mais son absence ne l'infirmes pas.

II. Si aux premiers symptômes s'ajoutent la douleur, la fièvre, la pâleur, etc., on doit penser à une rétention du pus dans les cellules mastoïdiennes ou même à l'inflammation des sinus (fièvre par accès, tuméfaction le long de la jugulaire, etc.....). Le doute se transforme en certitude quand il survient un arrêt de l'écoulement purulent.

III. A cette catégorie appartiennent tous les cas dans lesquels les altérations psychiques, du pouls, la céphalée intense localisée, l'amnésie verbale, la papillite, etc... imposent par eux-mêmes le diagnostic de complications endocrâniennes.

Dans la première catégorie, l'opération radicale est indiquée, mais on doit d'abord essayer tous les autres moyens dont nous disposons.

Dans la seconde et la troisième catégorie, l'acte opératoire est non seulement indiqué, mais devient urgent.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur expose des recherches sur l'anatomie chirurgicale de l'apophyse. D'après lui, le champ opératoire forme un rectangle dont le côté supérieur est donné par une horizontale partant de la « *spina supra meatum* », et quand celle-ci manque de l'extrémité supérieure du bord postérieur du conduit sans dépasser la ligne temporale ; le côté antérieur est parallèle à la paroi postérieure du conduit et à deux millimètres de celle-ci ; l'inférieur est à un centimètre du supérieur ; le postérieur est distant au maximum de 6 millimètres du côté antérieur et lui est parallèle.

H. DU F.

Traitement opératoire de la carie du rocher chez les enfants, par R. PANZER (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XLXI, h. 3, u. 4. XII).

L'auteur préconise la méthode de Zaufal qui consiste à ouvrir l'antre et l'attique et à dégager la région épi-tympanique. Mais contrairement à Zaufal, l'auteur n'ouvre qu'à la partie antérieure l'apophyse mastoïde, dégage les cavités jusqu'à l'insertion de la membrane afin de pénétrer jusqu'à la caisse et d'extraire les osselets avec une pince fine. Il ouvre l'antre en dernier lieu. Le pavillon est traité par la méthode de Panse. Le premier pansement

est laissé en place pendant 7 jours, s'il n'y a pas d'élévation de température. On le change ensuite deux fois par semaine. Chez les enfants on observe souvent de vastes destructions du rocher. Dans les cas aigus, il est nécessaire d'avoir quelquefois recours à l'intervention radicale tandis que Stacke ne la réserve qu'aux otorrhées rebelles.

E. L.

L'ouverture rétro-auriculaire après l'opération radicale pour l'otite moyenne suppurée chronique, par le Prof. Passow, d'Heidelberg (*Archives of Otology*, vol. XXVII, juin 1898).

Après avoir discuté longuement les diverses manières de traiter l'ouverture rétro-auriculaire, y compris la fermeture précoce, et indiqué que l'ouverture de la mastoïde pouvait être pratiquée par un procédé quelconque, l'auteur indique le procédé qu'il emploie pour obtenir l'épidermisation. Cette partie de son mémoire ne peut être analysée car elle ne peut être comprise qu'en suivant les 9 figures hors texte et les 3 figures du texte qui accompagnent sa description.

Il a fait cinquante-quatre fois l'opération radicale, dont 15 cas pour des cholestéatomes : dans les complications il compte six abcès périostés, cinq abcès périsinusiens, cinq thromboses du sinus et une méningite. Il a eu 2 cas de mort par thrombose, 1 par méningite ; deux malades moururent six mois après de tuberculose pulmonaire et un de phthisie laryngée. Cinq cas ont été perdus de vue ou sont trop récents.

Dans les 44 autres cas, la durée moyenne du traitement post-opératoire a été de quinze semaines, la plus courte ayant été de trois semaines et demie, la plus longue de quarante-quatre semaines.

Il est assez difficile de déterminer le moment où il faut pratiquer l'occlusion secondaire que l'auteur pratique toujours après l'anesthésie de Schleich : il se détermine habituellement d'après la largeur du méat auditif. — Les récidives sont possibles.

M. LS.

Deux cas de mastoïdite de Bezold, l'un aigu, l'autre chronique, guéris par les débridements cervicaux profonds et la résection de l'apophyse mastoïde, par Luc (*Arch. internat. de laryng.*, janvier-février 1899).

OBSERVATION I. — Une première opération, consistant en l'ouverture de l'antre, la résection de la pointe de la mastoïde, la mise

au jour et le nettoyage de tous les clapiers cervicaux, fut insuffisante. Pour trouver la suppuration, l'auteur dut intervenir une seconde fois en faisant un Stacke, et en réséquant la plus grande partie de l'apophyse mastoïde. La guérison fut dès lors assez rapide. Une paralysie faciale survenue à la suite de la seconde opération s'améliora au point d'être très peu sensible au bout de six mois.

OBS. II. — Abscesses et interventions nombreuses dans les régions cervicales et mammaires du côté droit, consécutifs à une otorrhée droite. Ce n'est qu'au bout de quatre ans que, conduit par une fistule persistante, l'auteur fit le diagnostic rétrospectif étiologique de ces abscesses cervicaux. — Opération, évidemment rétro-auriculaire, ouverture large du trajet fistuleux. — Guérison au bout de sept mois.

L. EGGER.

Les greffes de Thiersch après l'évidement mastoïdien, par REINHARD (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, t. XLV, 3 et 4, nov. 1898).

Le nombre des procédés qui ont été indiqués pour arriver à l'épidermisation des cavités de l'oreille et de la mastoïde après sa trépanation, paraissent à l'auteur une preuve de leur insuffisance pratique. Il critique le plus parfait d'entre eux, celui de Panse-Körner, pour les cas où il y a de la carie épitympanique, des abscesses périsinusiens, etc. Aussi reprend-il un procédé déjà préconisé en 1893 par Siebenmann et par lui-même, celui des greffes par la méthode de Thiersch.

C'est généralement au deuxième ou au troisième pansement, alors que les granulations sont bien formées et qu'il n'y a pas de tendance aux hémorrhagies, qu'il pratique, sous la narcose, la transplantation des greffes qu'il prend au bras ou à la cuisse et qu'il applique au moyen d'une spatule spéciale. On prend ensuite les précautions d'usage pour faire tenir ces greffes et, dans les cas bien choisis, on arrive à une épidermisation beaucoup plus rapide que par les autres procédés.

M. LS.

Thrombose d'origine auriculaire, opération, par C. KOLLER (*Med. Record*, 11 février 1899).

Koller rapporte un cas de thrombose du sinus sigmoïde et de la veine jugulaire consécutive à une suppuration de l'oreille. Après trépanation de l'apophyse mastoïde ayant montré une infiltration purulente, on pratiqua la ligature de la veine jugulaire. Puis celle-ci qui était remplie d'un caillot demi-solide fut dénudée

et en quelque sorte disséquée jusqu'à la base du crâne. C'est seulement après cette ligature et cette dénudation, que le sinus où la ponction avait montré la présence de pus, fut largement incisé ; du pus s'écoula assez abondamment. Le sinus fut soigneusement cureté et tamponné à la gaze iodoformée. L'opération amena une amélioration réelle, elle fit en particulier disparaître les frissons septicémiques. Malheureusement la malade mourut dans le collapsus au bout de deux jours.

Malgré cet insuccès Koller croit que le traitement chirurgical reste en pareil cas la réelle et même la seule ressource. Le meilleur procédé consiste à lier la jugulaire avant d'inciser le sinus.

A. F. PLICQUE.

Affections des sinus dans les maladies de l'oreille et du nez, par PREYSING (*Archives of Otolaryngology*, avril 1898).

Mémoire basé sur les neuf observations suivantes :

1° Ethmoïdite suppurée à la suite de la scarlatine ; abcès orbitaire ; phlébite du sinus caverneux et septico-pyoémie. Ouverture de l'abcès orbitaire et des cellules ethmoïdales. — Mort.

2° Pyoémie par otite moyenne aiguë. Guérison par ouverture de l'abcès tympanique.

3° Cholestéatome ; thrombose du sinus. — Opération : guérison.

4° Cholestéatome ; phlébite du sinus et pyoémie. — Opération : mort.

5° Suppuration aiguë des deux temporaux après la rougeole ; pyoémie et abcès articulaires. — Trépanation des deux apophyses : mort six heures après.

6° Thrombophlébite du sinus latéral ; métastase dans les poumons. Mort.

7° Thrombophlébite du sinus latéral droit. Opération, mort.

8° Thrombophlébite du sinus latéral et abcès pulsatile du sinus par cholestéatome chez une femme de 74 ans. Opération. Guérison.

9° Phlébite otique du sinus caverneux gauche. Guérison.

A propos de ce dernier cas qui avait déterminé une surdité centrale transitoire, l'auteur rapporte encore un cas de méningite traumatique avec pus dans les deux ventricules latéraux qui s'était accompagné d'une surdité centrale complète.

Il étudie également d'une manière spéciale les pulsations dans les sinus mis à nu et dans les abcès sinusiens et conclut qu'elles n'ont point d'importance diagnostique.

M. LS.

Deux cas de pachyméningite externe et d'abcès extradural dans la mastoïdite aiguë, par PREYSING (*Archives of Otolology*, octobre 1898).

Dans ces deux cas l'abcès extradural s'était développé après une lésion de très courte durée de l'apophyse n'ayant pas amené de destruction notable. Dans les deux cas le tympan contenait de la sérosité et le rapport de la lésion avec l'antre ne fut pas démontré (dans les 2 cas l'opération fut faite sans qu'on ait pratiqué l'antrotomie). Aussi l'auteur pense-t-il qu'il s'agissait d'exemple d'infection osseuse n'ayant pas son origine dans le revêtement périostéomuqueux des cellules aériennes et a-t-il de la tendance à incriminer une furonculose récidivante du conduit... ce qui paraît assez singulier puisque la paracentèse du tympan avait donné du liquide dans les deux cas. Et bien que l'antre n'ait pas été examiné, il conclut qu'il s'agissait d'une inflammation aiguë de la portion compacte de l'apophyse.

M. LS.

Trois cas d'abcès cérébral consécutif à une otite moyenne, par ART. COE (*Archives of Otolology*, juin 1898).

1^{er} cas. — Otite purulente datant de quelques mois chez un homme de 28 ans. — On fait d'abord la trépanation de l'apophyse qui paraît soulager le malade. Puis il se produit un abcès sous le sterno-mastoïdien. Le malade paraissait de nouveau aller bien lorsqu'il se produisit des douleurs de tête intenses à gauche, sans température et avec un pouls à 60 ou 70, *paralysie progressive de la jambe, puis du bras et de la main à droite*, en même temps qu'il y avait de la gêne de la parole et de la perte de la mémoire des mots. Au bout de quelques jours trépanation cérébrale mais on ne trouve pas de pus : malgré cela le malade guérit complètement de tous les symptômes, y compris l'écoulement d'oreille. Le malade put reprendre son travail, mais il revient au bout de deux mois, est pris rapidement de coma et meurt. — A l'autopsie, dans la partie inférieure et centrale du lobe frontal gauche, on trouve un abcès en bissac du volume d'un œuf de poule. — L'auteur attribue les phénomènes moteurs, non à l'abcès mais à de la méningite.

2^e cas. — Récidive aiguë d'ancienne otorrhée chez un malade porteur des deux côtés de signes de trépanation de la mastoïde pratiquée dans l'enfance. Symptômes de manie, etc. — La trépanation de l'apophyse mastoïde est sans résultat et la trépanation

cérébrale ne fait pas trouver de pus. Mort au bout de 4 jours. A l'autopsie, petit abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal.

3^e cas. — Otite moyenne aiguë datant de quelques semaines chez une femme de 28 ans. La trépanation de la mastoïde donna issue à du pus et à des granulations mais ne soulagea pas la malade. Les accidents continuèrent et indiquèrent un abcès encéphalique qu'on se proposait d'ouvrir lorsque la malade succomba. — Pus sous la tente du cervelet avec abcès dans le lobe droit du cervelet. Le pus venait de l'oreille interne par le conduit auditif interne.

M. LS.

Abcès cérébral et méningite purulente par otite chronique, par DENCH (Archives of Otology, juin 1898).

Anciennes otorrhées chez un homme de 36 ans qui depuis deux semaines et demie avait une douleur intense à gauche et du délire. Trépanation de l'apophyse mastoïde qui renferme un large cholestéatome. Le lendemain le malade avait de l'aphasie amnésique et la trépanation du crâne fut de suite effectuée et permit de trouver un gros abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal : il n'y avait presque pas de pus mais du tissu cérébral en détrit. Mort au bout de 4 jours. — A l'autopsie, la cavité trouvée à l'opération est un caillot formé dans le sinus ; pas de perforation du rocher ni de communication directe en aucun point avec la caisse, ni l'antre mastoïdien.

M. LS.

Trois cas d'abcès intracrânien dont deux cérébelleux, par MCKERNON (Archives of Otology, vol. XXVII, juin 1898).

Il s'agit naturellement dans ces trois cas d'abcès d'origine otique.

Dans le premier il s'agissait d'une fille de 17 ans, ayant une ancienne otite double, chez laquelle se développent une mastoïdite avec thrombose du sinus latéral et abcès cérébelleux. Une opération fut d'abord faite sur la mastoïde qui était très dense, puis une ouverture du crâne et ultérieurement on vida un abcès du cervelet. Mort dans le coma.

Le second cas concerne un homme de 25 ans qui, à la suite d'une otorrhée, présenta une thrombose du sinus latéral et un abcès du cervelet et qui fut opéré également deux fois, mais succomba. A propos de ce cas l'auteur discute les conditions dans lesquelles on peut ouvrir la boîte crânienne : otorrhée présente ou passée, céphalée persistante générale et localisée (c'est le plus

important des signes), agitation, sensibilité du côté malade, nausées, vomissements et vertiges, température restant basse, un pouls ralenti, plus tard de la stupeur avec ou sans névrite optique.

Dans le dernier cas il s'agissait d'un cas de mastoïdite aiguë consécutive à une otite moyenne aiguë et d'un abcès sous-dural. Guérison après l'opération.

M. LS.

Opérations cérébrales rares, par J. NICOLL (*Lancet*, 29 octobre 1898).

Un de ces cas est intéressant en ce que la tumeur maligne tirait son origine de l'oreille moyenne. Les accidents simulaient un abcès temporo-sphénoïdal. L'excision d'une portion intra-crânienne de la tumeur provoqua une amélioration des symptômes de compression. Le malade succomba au bout de deux mois et demi.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Abcès épidual avec paralysie faciale : opération ; guérison, par WHITING (*Archives of Otology*, juin 1898).

Ce qui fait l'intérêt de ce cas observé chez une jeune fille de 15 ans c'est qu'il s'agissait d'un cas d'otite aiguë consécutive à un coryza traité de suite par une paracentèse, qui se compliqua dès le sixième jour d'une paralysie faciale. Large opération qui fut suivie d'une rapide disparition des symptômes et de la paralysie faciale.

L'auteur considère la rapide apparition de la paralysie faciale comme un signe de grande probabilité d'une lésion intra-crânienne (?) et comme une indication d'intervention urgente.

M. LS.

Contribution à l'étude des affections simultanées de plusieurs nerfs cérébraux (Beitrag zur Casuistik der multiplen Hirnnervenkrankungen), par V. HAMMERSCHLAG (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. 43, 1898).

Hammerschlag rapporte l'histoire d'un homme de 32 ans, à antécédents tuberculeux, mais sain, qui, cinq jours après une marche forcée dans la pluie et la neige, eut des frissons, des nausées et de forts vertiges, puis le lendemain des douleurs de tête, une faiblesse générale, des douleurs dans l'oreille et enfin une paralysie faciale droite. — Cet état se continue sans grands changements et lorsque le malade fut examiné quelques jours

après il présentait les mêmes symptômes, mais on constata en outre l'existence d'un *herpès zoster* en voie de disparition au niveau du tragus et de l'oreille externe droite, de la sécheresse de l'œil et de la diminution de la sensibilité sur la joue du même côté. Le tympan un peu trouble des deux côtés et l'audition pour la montre abaissée des 2/3 à droite. — Un mois plus tard l'état ne s'était pas modifié pour la paralysie, mais s'était aggravé en ce qui concerne les symptômes auriculaires. L'auteur insiste sur cette association de symptômes appartenant aux 5^e, 7^e et 8^e nerfs cérébraux et discute avec soin les différentes explications que l'on peut donner de quelques-uns de ces symptômes. (J'ai récemment rapporté un cas semblable à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*. Ces faits paraissent relativement rares et, en raison de leur très grand intérêt, il y a lieu d'appeler sur eux l'attention des otologues et des neurologues).

M. LS.

Phénomènes pyohémiques survenus au cours d'une otite moyenne purulente aiguë chez un enfant, par E. RIMINI (*Bollett. delle mal. del or. gola e naso*. Juillet 1898, n° 7).

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans qui fut atteinte d'otite moyenne purulente aiguë gauche. Cette affection bénigne au début s'aggrava subitement. La température monta à 40° avec refroidissement du nez et des mains. Comme le pus ne s'écoulait que difficilement, l'auteur fut obligé de faire la paracentèse à plusieurs reprises.

La fièvre devint ensuite irrégulière. La température tomba même au-dessous de la normale (35°8). Des frissons intenses se manifestèrent, puis des sueurs profuses. Enfin au bout de 20 jours la guérison survint.

L'apophyse mastoïde n'avait pas été atteinte. L'auteur discute cette observation. Il rappelle que certains auteurs ont admis une forme de pyohémie sans phlébite due uniquement à la résorption du pus. Cette observation confirme cette opinion qui a été très combattue. Pour l'auteur la rétention du pus dans la caisse favorise cette résorption.

H. DU P.

Etude des cornets acoustiques par la photographie des flammes de Kœnig, par MARAGE (note présentée à l'Académie des Sciences, le 12 avril 1897).

Le Dr Marage s'est livré à de savantes recherches sur la question de savoir si la hauteur et le timbre des sons des cornets

acoustiques ne pouvaient pas varier et avoir une influence directe sur la surdité en l'aggravant.

Il a étudié au moyen de l'appareil de Kœnig quelle était la flamme caractéristique de chaque voyelle, puis les modifications produites par les divers cornets, et enfin il a cherché l'appareil qui, tout en augmentant l'intensité des vibrations, laissait aux sons leur hauteur et leur timbre.

Il donne le résultat de ses nombreuses expériences, que de nombreuses figures insérées dans le texte permettent de bien comprendre.

Il est ainsi arrivé à faire construire un appareil, qu'il nomme Masseur-cornet, qui répond au but cherché et n'a pas les défauts des autres cornets. Cet instrument, tout en empêchant le contact direct par l'air entre le parleur et l'auditeur, conserve au son une très grande pureté.

H. DU F.

Critique des recherches expérimentales de Kirchner sur l'action toxique de l'acide salicylique et de la quinine, par GRÜNERT (*Archiv f. Ohrenh.*, t. XLV, 3-4, nov. 1898).

On sait que Kirchner en empoisonnant des animaux avec de la quinine et de l'acide salicylique a décrit dans toutes les parties de l'oreille l'existence d'hémorragies très étendues et rendant compte des graves désordres observés.

Toutefois comme ses animaux succombaient avec une dyspnée très intense, plusieurs auteurs, Jacoby, Gradenigo, Moos, sont restés dans le doute sur l'importance qu'il convenait d'attribuer à l'asphyxie dans la pathogénie de ces hémorragies.

Grunert a pensé qu'il était nécessaire de s'assurer, avant toute critique, des lésions anatomiques que la suffocation pouvait déterminer dans l'oreille et il a opéré sur des souris blanches et des pigeons. Sur les coupes il a constaté une hyperémie très marquée, de petites ecchymoses et de véritables hémorragies, correspondant nettement à la description de Kirchner.

Toutefois il n'a jamais rien observé dans le canal cochléaire et les ecchymoses et hémorragies labyrinthiques ont toujours été limitées aux espaces périlymphatiques, alors qu'au contraire Kirchner avait décrit des hémorragies dans les espaces endolymphatiques. La question mérite donc de nouvelles recherches (1 planche avec 3 figures).

M. LS.

Fibromyxome de l'apophyse mastoïde, par le Dr ESCHWEILER (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 45, sept. 1898).

Chez une femme de 38 ans, ayant une otorrhée depuis l'enfance et un trajet fistuleux sur l'apophyse depuis 8 ans, on trouva, dans une cavité qui occupait toute la mastoïde, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule avec un gros pédicule. L'examen histologique (une planche avec plusieurs figures) montra qu'il s'agissait d'un fibro-myxome.

L'auteur donne la bibliographie (Eysell, Glauert, Gruber, Trautmann) des cas de tumeurs bénignes de l'apophyse publiés jusqu'ici et qui se rapporteraient toutes à des polypes fibreux.

M. LS.

Les modes de début de la surdité syphilitique héréditaire, par U. PRITCHARD et A. CHEATLE (*Arch. of Otology*, oct. 1898).

Il y a deux formes de début :

1^o Une forme *sans vertiges*, de beaucoup la plus fréquente, accompagnée des autres signes de la syphilis héréditaire et notamment des troubles oculaires, bien que ceux-ci puissent n'apparaître que secondairement. Les lésions sont limitées aux terminaisons du nerf auditif, laissant intact l'appareil de l'équilibration, et sont constituées par un épaississement périostique ou osseux. Il y a une forme identique dans la syphilis tertiaire acquise.

2^o Une forme *avec vertiges* à évolution aiguë, subaiguë ou chronique. Ici toutes les terminaisons nerveuses sont intéressées très probablement par un excès de tension dû à une exsudation analogue à celle qui se produit du côté de l'œil. La surdité consécutive est due : dans la forme aiguë, à une destruction immédiate des terminaisons nerveuses par la compression seule ; dans les formes subaiguë et chronique, aux excès de tension se reproduisant constamment et aux modifications de l'exsudat qui agissent sur les extrémités nerveuses. Ce second groupe a sa contre-partie dans une forme qui s'observe dans la syphilis secondaire acquise.

M. LS.

Présentation d'un malade atteint de surdi-mutité hystérique, par ANTONY (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 février 1899).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de son service, sourd, muet, paralysé de la sensibilité du membre supérieur droit et avec lequel on ne pouvait correspondre que par écrit.

L'examen du larynx ne révèle rien d'anormal, celui des oreilles non plus, sauf des vestiges d'anciennes otites catarrhales. La langue est paralysée, le malade ne peut la sortir qu'en la tenant. L'olfaction et le goût paraissent abolis, mais la sensibilité tactile et les réflexes sont conservés. L'acuité visuelle semble normale mais il existe un peu de rétrécissement visuel du côté gauche ; réduction du champ visuel à droite. Un examen des tympans pour éprouver leur sensibilité provoqua une crise hystérique caractéristique qui dura une demi-heure ; cette dernière épreuve confirme le diagnostic porté dès le début : anesthésies partielles, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes ; hémiparésie, hémiparalysie de la langue ; perte du goût et de l'odorat ; tous ces symptômes confirmant la nature hystérique de la surdi-mutité du sujet.

L'auteur suppose que les anciennes otites catarrhales constituaient un *locus minoris resistentiæ* et ont pu jouer un rôle important dans cette histoire. On peut ajouter à cela que le malade est un bas-breton très peu intelligent.

A. G.

Un cas de surdi-mutité, par ANTONY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 mars 1899).

L'auteur présente un jeune soldat très intelligent, qui, après une morsure par un chien supposé enragé, fut atteint brusquement de surdi-mutité. Aucun stigmat hystérique n'accompagne ce syndrome, de sorte qu'il est difficile d'en préciser la nature.

L. EGGER.

Nouveau cas de surdi-mutité hystérique, par ANTONY (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 mars 1899).

Le malade, âgé de 25 ans, eut à la suite d'une fièvre typhoïde des troubles nerveux particulièrement tenaces, survenus immédiatement après une perte de connaissance. Il ne pouvait plus parler, bien que les mouvements de la langue et des lèvres fussent faciles. Toux naturelle.

A l'examen laryngoscopique, état normal ; à l'extérieur du cou on voit un goître assez prononcé mais pas de crises de suffocation.

Le malade a aussi des étourdissements et des troubles auditifs, pas d'aura. Tympans normaux. C'est tout ce qu'on remarque chez ce malade.

A. G.

Présentation d'un malade guéri de surdi-mutité hystérique, par **ANTONY** (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des hôp. de Paris*, 4 mai 1899).

Les deux malades qui font l'objet de cette communication ont été présentés par l'auteur. Le diagnostic offrait de grandes difficultés et le traitement qui eut raison de cet état excessivement grave fut très minutieux, les malades ayant dû apprendre tour à tour à comprendre et à parler.

Les essais de traitement furent laborieux et l'auteur en donne tous les détails qu'il serait trop long de rapporter ici. A. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Pharynx et Varie

Chevallier. Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphthérique dans le département de la Somme (*Thèse de Paris*, décembre 1896).

G. Variot. Faux croups graves et diphthérie bactériologique du pharynx (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 3 décembre 1896).

P. Marie et J. Jolly. Un cas de myxœdème guéri par l'emploi de thyroïdine (iodothyline). Observation (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 décembre 1896).

Carron de la Carrière. Le salol dans les angines aiguës chez les enfants (*Journal des Praticiens*, 5 décembre 1896).

A. Rouxeau. De l'influence de l'ablation du corps thyroïde sur le développement en poids des glandes parathyroïdes (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 4 décembre 1896).

Y. Arslan. Deux cas de chancres syphilitiques des amygdales (*Rev. hebdomadaire de lar., otol et rhin.*, 5 décembre 1896).

Aragon. Application de la radiographie à un corps étranger métallique de l'œsophage chez un enfant (*Méd. moderne*, 9 décembre 1896).

Palas. La toux pharyngée chez les enfants (*Thèse de Paris*, décembre 1896).

Péan. Œsophagotomie externe pour corps étranger (*Acad. de méd.*, séance du 8 décembre, Paris, 1896).

Billon. Observation d'un cas de diphthérie (*Journ. de méd. de Paris*, 6 décembre 1896).

G. Variot. Observation personnelle de diphthérie très bénigne avec association microbienne (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 10 décembre 1896).

J. Nicolas. Atténuation du bacille de Löffler ayant subi la réaction agglutinante par l'action du sérum antidiphthérique (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 11 décembre 1896).

L. Lichtwitz. Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx. Guérison par l'injection de la solution iodo-iodurée de Lugol (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 26 novembre 1896).

F. Terrier, Guillemain et A. Malherbe. Chirurgie de la face; chirurgie des maxillaires, des lèvres, des joues, de la bouche, du pharynx, du nez, des fosses nasales et de leurs annexes: les sinus de la face (In-12 de 300 p., cartonné à l'anglaise, avec 214 figures dans le texte, F. Alcan, éditeur, Paris, 1897).

A. Courtade. Traitement des abcès péripharyngiens (*Journ. des Praticiens*, 15 décembre 1896).

Lanessus. Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite (*Thèse de Paris*, décembre 1896).

G. Variot. Sur les caractères cliniques du faux croup grave (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 18 décembre 1896).

F. Tournoux et P. Verdun. Sur les premiers développements des dérivés branchiaux chez l'homme (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 18 décembre 1896).

Martelli. Du hoquet et de son traitement par l'extension de la langue (*Thèse de Toulouse*, 1896).

Chemin. De l'influence de l'arthritisme sur les affections de la cavité buccale (*Thèse de Toulouse*, 1896).

A. Morel-Lavallée. Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale (*Bull. méd.*, 30 décembre 1896).

P. Mermet et R. Lacour. Epithélioma tubulé du corps thyroïde. Propagation laryngo-trachéale (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 21, novembre 1896).

A. Gilbert et A. Grenet. Brûlure de l'œsophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse œsophagienne (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 21, novembre 1896).

Ardenne. Contribution à l'étude des tumeurs de l'amygdale (*Thèse de Bordeaux*, 1896).

D. Bonnet. De l'actinomycose de la langue (*Thèse de Lyon*, 1896).

M. Martin. Traitement de la coqueluche par la quinquina (*Thèse de Lyon*, 1896).

G. Lévy. Technique et indications du traitement de l'hypertrophie des amygdales par les instruments tranchants et l'ignipuncture (*Revue illustrée de polytechn. méd. et chir.*, 30 décembre 1896).

G. H. Roger et Josué. Action de la toxine et de l'antitoxine diphthériques sur la moelle osseuse (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 15 janvier 1897).

A. Rousseau. Résultats de l'extirpation isolée des glandes parathyroïdes chez le lapin (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 15 janvier 1897).

E. Gley. Des effets de l'extirpation des glandes parathyroïdes chez le chien et chez le lapin (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 15 janvier 1897).

Doubre. Le traitement chirurgical des goîtres (*Bull. méd.*, 20 janvier 1897).

Debove. Note sur un cas de goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie partielle (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 janvier 1897).

P. Marie. Maladie de Basedow et goitre basedowifié. Considérations cliniques et thérapeutiques (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 janvier 1897).

G. Moussu. Fonction parathyroïdienne (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 22 janvier 1897).

E. Gley. Sur la fonction des glandules parathyroïdes. Remarques à propos de la communication de Moussu (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 22 janvier 1897).

F. Tourneux et P. Verdun. Sur les premiers développements et sur la détermination des glandules thymiques et thyroïdiennes chez l'homme (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 22 janvier 1897).

C. Danis. De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette (*Thèse de Lyon*, 1896).

E. Thollon. Du sarcome actinomycosique (actinomycose néoplasique), forme cervico-faciale (*Thèse de Lyon*, 1896).

P. Bierer. Contagion de la coqueluche (*Thèse de Lyon*, 1896).

L. Bérard. Contribution à l'anatomie et à la chirurgie du goitre. Parallèle entre la thyroïdectomie partielle, les énucléations et l'exothyropexie (*Thèse de Lyon*, 1896).

E. Briau. Actinomycose temporo-maxillaire gauche, à forme chronique, remontant à cinq ans (*Lyon méd.*, 24 janvier 1897).

Fournier. Diphthérie généralisée grave chez un enfant de 6 semaines; injection de sérum; guérison (*Gaz. des hôp.*, 30 janvier 1897).

G. Moussu. Fonction thyroïdienne. Crétinisme expérimental chez le chien, le chat et les oiseaux (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 29 janvier 1897).

Bourneville. Idiotie myxoédémateuse (myxoédème infantile). Traitement par l'injection de glande thyroïde de mouton (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 janvier 1897).

L. Lichtwitz et J. Sabrazès. Guérison par le traitement thyroïdien d'un goitre plongeant à la veille d'être opéré (*Bull. méd.*, 31 janvier 1897).

H. Pague. De la pharyngite catarrhale chronique hypertrophique (*Thèse de Toulouse*, 1897).

Gourc. L'amygdale de W. Meyer. Bactériologie (201 cultures, 12 inoculations) des tumeurs adénoïdes; rapport avec les déformations de la voûte palatine et les déviations dentaires (*Thèse de Paris*, février 1897).

Nicolle et Hébert. Les angines à bacille de Friedlaender (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janvier 1897).

M. Jaboulay. La section du sympathique cervical dans les goîtres et la maladie de Basedow (*Lyon méd.*, 7 février 1897).

S. Costa. Etude sur le goitre épidémique. Contribution clinique à la physiologie de la glande thyroïde (*Thèse de Lyon*, 1897).

Broquet. Un cas d'amygdalite ulcéreuse lacunaire aiguë (Soc. d'anat. et physiol.; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 1, 1897).

Chavannaz. Kyste dermoïde du plancher buccal avec adhérence probable à l'os hyoïde (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 2, 1897).

Etiévant. Un nouveau cas d'actinomycose temporo-maxillaire. Réflexions sur certaines particularités (*Province méd.*, n° 1, 1897).

René Petit. Note sur 48 cas de paralysie diphthérique (*Rev. des mal. de l'enf.*, février 1897).

Delamare et Descazals. Les diverticules de l'œsophage et du pharynx (*Gaz. des hôp.*, 13 février 1897).

P. Simon. Du diagnostic des angines diphthériques (*Rev. méd.*, de l'Est, 15 janvier 1897).

F. Lejars. Goitre exophtalmique. Thyroïdectomie partielle. Mort rapide (*Soc. de chir.*, séance du 10 février, Paris, 1897).

A. Renault. Stomatite intense et tardive à la suite d'injections de mercure. Tuberculose pulmonaire finale (*Soc. franç. de derm. et syphil.*, séance du 14 février 1897).

Ombredanne et Keim. Angine de Ludwig (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 2, janvier 1897).

Vignard. Traitement du goitre exophtalmique par la section double du sympathique cervical (*Bull. méd.*, 12 février 1897).

Duhourcau. Contribution à l'étude des accidents causés par l'anti-pyrine (*Bull. de la soc. de thérap.*, 24 février 1897).

F. Ardenne. Tumeurs bénignes de l'amygdale (*Rev. hebd. de lar., otol. et rhin.*, 20 février 1897).

Ferrier. Considérations sur l'étiologie du goitre épidémique (*Revue de méd.*, 10 février 1897).

A. Courtade. Abaisse-langue à contre-pression (*Arch. int. de lar., rhin., otol.*, janvier-février 1897).

L. Lichtwitz. Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec les végétations adénoïdes (*Arch. int. de lar., rhin., otol.*, janvier-février 1897).

E. Schwartz. Goitre exophtalmique; thyroïdectomie partielle; guérison (*Soc. de chir. de Paris*, 3 mars 1897).

Vestraete. 5 cas d'abcès péri-pharyngiens observés à l'hôpital Saint-Antoine de Padoue (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 27 février 1897).

Fontoyneat. Cancers pharyngo-laryngé et stomacal concomitants (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 4, janvier-février 1897).

Catillon. De l'iodo-thyroidine et des préparations à base de corps thyroïde (*Bull. de la soc. de thérap.*, 10 mars 1897).

Legrand. Des imperforations de l'œsophage (*Thèse de Paris*, mars 1897).

Tuffier. Deux cas de goitre exophtalmique traités par l'hémithyroïdectomie (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 11 mars 1897).

L. Jullien. Chancre syphilitique des deux amygdales contracté par la succion des seins (*Soc. franç. de derm. et syphil.*, séance du 11 mars 1897).

Grancher. Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphthérie (*Bull. méd.*, 14 mars 1897).

Magnan. De l'hypertrophie des amygdales (*Rev. hebd. de lar., otol. et rhin.*, 13 mars 1897).

G. Marion. Du sarcome de la langue (*Rev. de chir.*, 10 mars et 10 avril 1897).

H. Roger et R. Bayeux. Sur le rôle de la toxine diphthérique dans la formation des fausses membranes (*Comptes rendus hebd. des séances de la soc. de biol.*, 19 mars 1897).

H. Bousquet. Kyste épidermique du plancher de la bouche. Ablation. Guérison (*Bull. méd.*, 21 mars 1897).

Jaboulay. La greffe de corps thyroïde et de capsules surrénales dans les maladies de ces glandes (*Lyon méd.*, 21 mars 1897).

E. Austin. Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne et de leur traitement chirurgical (*Thèse de Lyon*, 1897).

G. Lyon. Contribution à l'étude des accidents causés par l'antipyrine (dermatite et stomatite pemphigoides) (*Bull. de la soc. de therap.*, 24 mars 1897).

Guillemaut. Etude sur le diagnostic clinique de l'angine diphthérique (*Thèse de Paris*, avril 1897).

Augier. Abscès rétro-pharyngien (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 mars 1897).

A. Le Dentu. Staphylorrhaphie et uranoplastie (*Gaz. des hôp.*, 25 mars 1897).

Jacquemart. Des hémorrhagies post-opératoires dans la thyroïdectomie (*Thèse de Paris*, avril 1897).

Bard. Cancer de l'œsophage avec troubles trophiques des ongles (Soc. des sc. méd.; in *Lyon méd.*, 28 mars 1897).

P. Jacquin. Toux incoercible. Guérison (*Union méd. du Nord-Est*, 30 mars 1897).

P. Claisse. L'actinomycose linguale primitive (*Presse méd.*, 31 mars 1897).

G. Thibierge. Des rapports de l'infantilisme avec le myxœdème, et du myxœdème avec le crétinisme, à propos d'un cas d'infantilisme chez un sujet atteint d'atrophie thyroïdienne et originaire de pays à endémie goitreuse (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 1^{er} avril 1897).

P. A. Cassedebat. Des angines couenneuses non diphthériques (*Arch. gén. de méd.*, avril 1897).

Boyer. Traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne latérale (*Province méd.*, n° 10, 1897).

H. Hartmann. Note à propos d'un cas de gastrostomie (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 8 avril 1897).

H. Mendel. Allongement hypertrophique de la luette. Excision de cet organe (*Journ. des Praticiens*, 9 avril 1897).

Rouget. Quelques observations relatives au diagnostic bactériologique de la diphthérie (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, avril 1897).

Frarier. Pharyngotomie transhyoïdienne dans les rétrécissements du pharynx (*Province méd.*, 4 avril 1897).

Delaunay. Etude et considérations générales sur le rôle fonctionnel de la glande thyroïde (*Thèse de Paris*, avril 1897).

Pierre Marie et Kattwinkel. Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 avril 1897).

Barbarin. Corps étranger de l'œsophage. Radiographie. Issue par les voies naturelles (*Méd. moderne*, 21 avril 1897).

NOUVELLES

XIII^{me} CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Paris, 2-9 août 1900)

Extrait du Règlement.

I. — CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS

Seront membres du Congrès :

1° Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2° Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa *carte d'admission* après avoir fait parvenir un versement de **25 francs** au trésorier général du Congrès, M. DUFLOCQ, 64 rue de Miromesnil, à Paris.

Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire *lisiblement* leurs nom, qualité et adresse, et joindre leur *carte de visite* ; ils devront indiquer dans laquelle des sections ils veulent se faire inscrire.

II. — CONDITIONS D'INSCRIPTION POUR COMMUNICATIONS

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa section devra faire parvenir le titre et le résumé de sa communication au secrétaire de cette section, *avant le 1^{er} mai 1900, dernier délai* :

1° Pour la section d'*Otologie* : à M. CASTEX, 30, avenue de Messine, Paris.2° Pour la section de *Laryngologie et Rhinologie* : à M. LERMOYEZ, 20 bis, rue La Boétie, Paris.

Manifestation Delstanche.

Nous lisons dans le *Scalpel* qu'une « manifestation brillante et flatteuse se prépare, à Bruxelles, en l'honneur de notre savant et sympathique confrère, le Prof. Ch. DELSTANCHE, à l'occasion du 25^e anniversaire de sa nomination comme chef du service otologique à l'hôpital Saint-Jean, le premier service spécial institué en Belgique ».

Le *Scalpel* ne doute pas que le Comité organisateur rencontre un accueil aussi favorable auprès des collègues spécialistes du maître bruxellois qu'auprès des si nombreux médecins du pays avec lesquels il a été en rapports affables pendant sa déjà longue carrière.

Tous voudront saisir cette occasion de témoigner leurs sympathies à ce confrère bienveillant et courtois, en fêtant par la même occasion l'un des représentants les plus autorisés et les plus appréciés dans le monde savant de la science médicale belge.

Les souscriptions peuvent être adressées, soit au président du Comité d'organisation, le Dr CAPART 5, rue d'Egmont, soit au secrétaire, le Dr DELSAUX (250, avenue Louise), à Bruxelles.

Nous nous associons de tout cœur aux paroles élogieuses adressées à notre excellent ami DELSTANCHE et nous espérons bien aller lui porter personnellement nos meilleurs vœux le 16 avril prochain, lors de la réunion de la *Société belge d'oto-laryngologie*. A. G.

Le Dr P. KAN a été nommé docteur d'oto-rhino-laryngologie, à l'Université de Leyde.

La liste des membres du Comité d'organisation du Congrès international d'otologie, qui se réunira, en 1902, à Bordeaux, a été complétée par l'adjonction des membres suivants : CARTAZ et MIOT (Paris), GAREL (Lyon) et GRÉMENT (Bordeaux).

Les fonctions de secrétaire général seront remplies par le Dr LERMOYEZ et celles de trésorier par le Dr LAMMOIS (de Lyon).

Club médical de Paris.

On vient de constituer un club médical ouvert aux médecins parisiens et offrant une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger de passage à Paris.

Son siège est, 5, Avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle National.

Peuvent en faire partie, tous les docteurs en médecine reçus dans une Faculté française (Article VII du règlement).

ARTICLE VIII. — Le nombre de ses membres est illimité.

ARTICLE IX. — La présentation d'un candidat doit être faite par deux membres du Comité.

ARTICLE X. — L'admission est précédée de l'affichage quinze jours d'avance. Elle est prononcée par le Comité après enquête et rapport, à la majorité des 4/5^e des membres présents ou représentés.

ARTICLE XIII. — Des cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux médecins de province et de l'étranger qui en feront la demande.

Un bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur les Cours de Facultés ou autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientifiques et médicales, etc.

POZZI, président; DE RANSE, FAISANS, vice-présidents; DOLÉRIIS, secrétaire-général; DESNOS, trésorier; CHASSEVANT, bibliothécaire; BAUDOUIN, BOULOMÉ, BOUSIER, BRUSSAUD, CHERVIN, CHEVALLEREAU, COUDRAY, DURAND-FARDEL, FLORAND, HUCHARD, JAMIN, JULLIEN, LABORDE, LATASTE, LEFÈVRE V.-Ch.; LEROUX Ch.; MARCHAND-GÉRARD, MAYGRIER, DE MOLÈRES, PEYROT, POYET, RICHELLOT, VALUDE, membres du Comité.

Adresser toute demande d'admission au Dr DOLÉRIIS, secrétaire-général, 5, Avenue de l'Opéra.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans le précédent numéro, la prochaine réunion de la *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* se tiendra, en avril 1900, à Naples. On y discutera de la *tuberculose des premières voies respiratoires et de l'oreille*.

Le bureau suivant a été élu : *président*, G. MASINI (Gênes); *vice-président*, FASANO (Naples); *conseillers*, SECCHI (Bologne), GRADENIGO (Turin); *secrétaires*, ARSLAN (Padoue), GARZIA (Naples); *trésorier*, EIGHI (Rome).

Lors de la dernière session, tenue à Rome, en octobre 1899, seize nouveaux sociétaires ont été admis.

Nous lisons dans le *Médical Record* que les spécialistes des maladies de la gorge de l'Etat de Maryland ont l'intention de fonder une Société de laryngologie.

A la fin des articles qu'il consacre au Congrès international d'otologie, tenu à Londres, en août dernier (*Archiv. f. Ohrenh.*, Bd 47, h. 3, 1899), le Prof. LUCÆ émet les vœux suivants au sujet des réunions futures :

1° Ces Congrès ne devraient pas avoir lieu dans les grands Etats, et surtout pas dans les capitales;

2° Il vaudrait mieux tenir ces réunions dans des petits Etats, tels que la Suisse, le Danemark, la Hollande et la Belgique, étant donné qu'on y trouverait quantité de confrères polyglottes;

3° Les fêtes seraient ramenées à des proportions modérées et il faudrait installer, à côté de la salle des séances, un buffet, afin que les congressistes, pour se rafraîchir, ne soient pas obligés de désertir la séance.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Acute suppurative processes in the faucial tonsils (Suppurations aiguës des amygdales), par J. L. GOODALE (Extrait du *N.-Y. méd. journ.*, 7 octobre 1899).

A case of isolated Urticaria of the Tongue, associated with Achlorhydria (Un cas d'urticaire isolé de la langue, associé à l'achlorhydrie), par J. L. GOODALE et H. F. HEWES (Extrait de l'*Amer. journ. of méd. sciences*, avril 1899).

Trois cas de sinusite chronique maxillaire opérés suivant le procédé de M. Luc, par TAPTAS (Extrait des *Bull. et mém. de la Soc. française d'otol., lar. et rhin.*, 1899).

I. Sur le traitement de l'ozène simple. — II. Sur le traitement de l'otorrhée par la ferropyrine, par A. PEWITZKY (*Journal de médecine militaire*, nos 10 et 11, 1899).

Some obstructions to the progress of specialism in medicine (Quelques obstacles aux progrès de la spécialité en médecine), par G. H. MAKUEN (Lu à l'Acad. de méd. de Columbus, O., le 3 juin 1899).

Exhibition of a case of stammering, with demonstration of the methods employed in treatment (Présentation d'un bégue et démonstration des modes de traitement employés), par G. H. MAKUEN (Extrait du *N.-Y. méd. journ.*, 23 septembre 1899).

Value of Muscle Training en treatment of vocal defects (Valeur de l'exercice musculaire dans le traitement des anomalies vocales), par G. H. MAKUEN (Extrait du *Journ. of amer. méd. Ass.*, 7 octobre 1899).

La radioscopie et la radiographie dans les hôpitaux, par A. BÉCLÈRE (Extrait de la *Presse méd.*, 21 octobre 1899).

Etude physiologique de la vision dans l'examen radioscopique, par A. BÉCLÈRE (Extrait des *Arch. d'électricité méd.*, Bordeaux, 1899).

Le bégaiement dans la littérature médicale, par P. OLIVIER (Extrait de la *Parole*, 1899).

Las otitis medias en los enfermos de rinitis atrofica (Les otites moyennes chez les malades atteints de rhinite atrophique. Etude clinique), par J. A. MASIF (Extrait de la *Rev. de Ciencias méd.*, n° 19, octobre 1899).

Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales, par E. J. MOURE (Extrait de la *Rev. hebd. de lar., otol. et rhin.*, 1899).

Die Missbildungen des Gaumens und ihr Zusammenhang mit Nase, Auge und Ohr (Les malformations palatines et leurs rapports avec le nez, l'œil et l'oreille), par F. DANZIGER (Broch. de 51 p., avec 13 figures dans le texte et 4 planches hors texte, prix : 3 Mk., 20, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1900).

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie (*Manuel de laryngologie et rhinologie*), publié par P. HEYMANN (Fascicules 32 et 33. A. Hölder, éditeur, Vienne, 1899).

Le Gérant : G. MASSON.

